

UNIVERSIDAD NACIONAL MAYOR DE SAN MARCOS

FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

E.A.P. DE ENFERMERÍA

**Problemas psicosociales y estrategias de afrontamiento
en adultos mayores que asisten al Centro del Adulto
Mayor “Rímac” ESSALUD. 2010**

TESIS

Para optar el Título Profesional de Licenciada en Enfermería

AUTOR:

Mayra Angélica Nathalí Gonzales Oré

ASESOR:

Mg. Mistral Ena Carhuapoma Acosta

Lima – Perú

2011

**PROBLEMAS PSICOSOCIALES Y ESTRATEGIAS DE
AFRONTAMIENTO EN ADULTOS MAYORES
QUE ASISTEN AL CENTRO DEL ADULTO
MAYOR “RIMAC” ESSALUD. 2010**

Agradezco a Dios y a la Virgen
por las bendiciones derramadas
en mi vida y por haberme
regalado un espíritu de servicio
hacia los demás.

Agradezco a mis amados padres por
su apoyo, enseñanzas, amor y
entusiasmo brindado para culminar
este trabajo con éxito y satisfacción.

Un agradecimiento especial a la
Mg. Mistral Carhuapoma por la
asesoría permanente, motivación
y paciencia en la culminación del
presente estudio.

Dedico este trabajo, realizado con
mucho esfuerzo y amor, a los
adultos mayores del CAM Rímac y a
la promotora Lic. Margot Pelaez por
su colaboración incondicional y la
motivación que me otorgaron. Que
Dios los bendiga siempre y gracias
por las extraordinarias y valiosas
personas que son.

INDICE

	Pág.
Índice de Gráficos	viii
Resumen	ix
Presentación	1
 CAPITULO I. INTRODUCCIÓN	
A. Planteamiento del problema	4
B. Formulación del problema	5
C. Justificación	6
D. Objetivos	7
E. Propósito	8
F. Marco teórico	8
F.1. Antecedentes	8
F.2. Base teórica	13
G. Definición operacional de términos	47
 CAPÍTULO II. MATERIAL Y MÉTODOS	
A. Nivel, tipo y método.	49
B. Descripción del área.	49
C. Población y/o muestra.	50
D. Técnica e instrumentos.	51
E. Procedimiento de recolección de datos.	52
Procedimiento de procesamiento, Presentación, Análisis e Interpretación de datos.	53
G. Consideraciones éticas	53
 CAPÍTULO III. RESULTADOS Y DISCUSION	
A. Resultados	54
B. Discusión	68

CAPÍTULO IV: CONCLUSIONES LIMITACIONES Y RECOMENDACIONES.

A. Conclusiones	77
B. Limitaciones	79
C. Recomendaciones	79
 Referencias bibliográficas	 81
Bibliografía	85
Anexos	

Índice de Gráficos

Grafico N°		Pág.
1	Problemas Psicosociales en el adulto mayor del CAM Rímac.	56
2	Problemas psicosociales en el adulto mayor según sexo del CAM Rímac.	57
3	Problemas psicosociales en el adulto mayor según edad del CAM Rímac.	58
4	Estrategias de afrontamiento que utiliza el adulto mayor en el Centro del Adulto Mayor Rímac.	59
5	Estrategias de afrontamiento que utiliza el adulto mayor según la dimensión Modo de afrontamiento centrado en la solución del problema según sexo en el CAM Rímac.	60
6	Estrategias de afrontamiento que utiliza el adulto mayor según la dimensión Modo de afrontamiento centrado en la solución del	61

problema según edad del CAM Rímac.

- | | | |
|----|---|----|
| 7 | Estrategias de afrontamiento que utiliza el adulto mayor según la dimensión Modo de afrontamiento centrado en la regulación emocional según sexo en el CAM Rímac | 63 |
| 8 | Estrategias de afrontamiento que utiliza el adulto mayor según la dimensión Modo de afrontamiento centrado en la regulación emocional según edad en el CAM Rímac | 65 |
| 9 | Estrategias de afrontamiento que utiliza el adulto mayor según la dimensión Modo de afrontamiento centrado en la solución del problema y regulación emocional según sexo en el CAM Rímac | 66 |
| 10 | Estrategias de afrontamiento que utiliza el adulto mayor según la dimensión Modo de afrontamiento centrado en la solución del problema y regulación emocional según edad en el CAM Rímac. | 67 |

RESUMEN

El objetivo fue determinar los problemas psicosociales y las estrategias de afrontamiento que utilizan los adultos mayores que asisten al Centro del Adulto Mayor Rímac. Material y método del estudio fue de tipo cuantitativo, método descriptivo de corte transversal. La población estuvo constituida por 117 adultos mayores de 60 a 90 años de edad y la muestra fue de 70. La técnica fue la entrevista y el instrumento el cuestionario y la escala estrategias de afrontamiento de Folkman y Lazarus modificado. Los resultados fueron del 100% (70) el 55,7% (39) tienen el problema psicosocial de jubilación, 40% (28) soledad, 5,7% (4) imagen corporal. Las principales causas que ocasionan los problemas: “el salario es reducido” “les causa nostalgia” “nadie lo visita” o “tienen muy poco apoyo familiar”, entre otros. En cuanto a las estrategias de afrontamiento del 100% (70), 50% (35) utilizan a veces, 27.1% (19) nunca y 22.9% (16) siempre. Las conclusiones fueron que el problema psicosocial más frecuente es la jubilación, seguido de soledad y finalmente imagen corporal. Las estrategias de afrontamiento más utilizadas fueron confrontación, planificación, luego la reevaluación positiva y por último búsqueda de apoyo social.

Palabras Claves: Problemas psicosociales; estrategias de afrontamiento; adultos mayores.

SUMMARY

The objective was to identify psychosocial problems and coping strategies used by older adults attending the Senior Center Rimac. Material and method of the study was a quantitative, cross sectional method. The population consisted of 117 adults aged 60 to 90 years old and the sample was 70. The technique was the interview and the instrument scale questionnaire and coping strategies modified Folkman and Lazarus. The results were 100% (70) 55.7% (39) have psychosocial problems of retirement, 40% (28) alone, 5.7% (4) body image. The main underlying causes of problems, "the salary is reduced, " "will cause nostalgia" "no one visit" or "have very little family support, " among others. As coping strategies of 100% (70), 50% (35) sometimes used, 27.1% (19) never, and 22.9% (16) forever. The conclusions were that the most common psychosocial problem is retirement, followed by loneliness and finally body image. Coping strategies used most often were confrontational, planning, positive reappraisal and then finally seeking social support.

Keywords: psychosocial problems, coping strategies, older adults.

PRESENTACIÓN

En las últimas décadas la proporción de la población adulta mayor en el mundo ha ido en aumento. El envejecimiento es un proceso progresivo, intrínseco y universal que con el tiempo ocurre en todo ser vivo a consecuencia de la interacción de la genética del individuo y su medio ambiente. Podría también definirse como todas las alteraciones que se producen en un organismo con el paso del tiempo y que conducen a pérdidas funcionales y a la muerte.

En la actualidad, el proceso de envejecimiento ha sido estigmatizado como una imagen negativa del ser humano en donde los mitos, creencias y estereotipo genera problemas psicosociales en el adulto mayor, representando una amenaza para su integridad y calidad de vida. Los adultos mayores al observar los cambios físicos propios del proceso de envejecimiento, el sentirse limitados en sus actividades de la vida diaria o pasar largos periodos solos, sin afecto de su familia suelen ser presa del aburrimiento y de la soledad; experimentando de esta forma los problemas psicosociales que esta dado por la imagen corporal, jubilación y soledad.

Cada persona afronta las circunstancias de su vida de una manera diferente, el adulto mayor visto como persona adaptativa y

holística, se encuentra en continua interacción con un ambiente cambiante expuesto a diversos estímulos externos e internos.

En ese sentido, el presente estudio titulado “Problemas psicosociales y estrategias de afrontamiento en adultos mayores que asisten al Centro del Adulto Mayor “RIMAC” ESSALUD. 2010 tuvo como objetivo determinar los problemas psicosociales y las estrategias de afrontamiento en adultos mayores que asisten al centro del adulto mayor “Rímac”. Con el propósito de que a partir de los resultados permitan proporcionar información actualizada orientada a formular estrategias de abordaje al adulto mayor para favorecer el proceso de adaptación y promover la adopción de estrategias de afrontamiento a fin de mejorar su calidad de vida y que el profesional de Enfermería, brinde un cuidado humano e integral a todas las etapas de la vida, considerando al ser humano como un ser biopsicosocial, recuperando el bienestar emocional y el rol social del adulto mayor.

El estudio consta de Capítulo I. Introducción, el cual contiene el planteamiento, delimitación y origen del problema, formulación del problema, justificación, objetivos, propósito, antecedentes, base teórica y definición operacional de términos. Capítulo II. Material y métodos, en el cual se expone el nivel, tipo y método, descripción del área, población y muestra, técnica e instrumento, procedimiento de

recolección de datos, procedimiento de procesamiento, presentación, análisis e interpretación de datos y consideraciones éticas. Capítulo III. Resultados y discusión. Capítulo IV. Conclusiones, limitaciones y recomendaciones. Finalmente se presenta las referencias bibliográficas, bibliografía y anexos.

CAPITULO I

INTRODUCCION

A. PLANTEAMIENTO, DELIMITACION Y ORIGEN DEL PROBLEMA.

En los últimos años el país está experimentando un incremento de la población en proceso de envejecimiento, según el Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI) los mayores de 60 años representaban el 4.7% de la población en el año 1993 y en el año 2007 representó un 6.4 % de la población nacional. (1)

El proceso de envejecimiento “es altamente complejo y variado, involucra cambios en la célula, en los tejidos y en los organismos. Se cree que dicho proceso se inicia por procesos internos, tales como una programación genética y está influido por factores externos. Hay otro tipo de factores, como lo son los estresores del medio ambiente, estilos de vida, capacidad de adaptación, existencia o falta de apoyo sociales, sensación de utilidad y bienestar consigo mismo”.(2)

Los adultos mayores al sentirse limitados en sus capacidades funcionales y sus actividades cotidianas suelen ser presa del aburrimiento y de la soledad por lo que pasan largos periodos solos;

tienen menor actividad sexual o no están interesados en ella; enfrentan la jubilación obligatoria, experimentan una menor sensación de productividad y de utilidad, sienten la pérdida progresiva, pérdida de la imagen corporal, sufren la pérdida de seres significativos, se preocupan por el futuro, son viudos, se preocupan por la invalidez y la dependencia, así como se sienten relegados y que han dejado de ser competentes y de tener autoridad e integridad. (3, 4)

En el Centro del Adulto Mayor Rímac de ESSALUD, se observó gran afluencia de personas mayores de 60 años, al interactuar con ellos refieren que asisten al centro para distraerse y olvidarse de sus problemas como “sentimiento de soledad”, temor a la muerte”, necesidad de ser escuchados”, tristeza, llanto, temor”, entre otros.

B. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA:

Por lo expuesto se creyó conveniente realizar un estudio sobre:
¿Cuáles son los problemas psicosociales y las estrategias de afrontamiento en los adultos mayores que asisten al Centro del Adulto Mayor “RIMAC” de ESSALUD, 2010?

C. JUSTIFICACIÓN.

El incremento de la esperanza de vida ha generado un creciente interés y preocupación por las personas adultas mayores. Quizás no sólo por las razones demográficas que son cada vez más numerosas, sino también por una cierta vulnerabilidad ante el bienestar psicosocial que atraviesan durante el proceso de envejecimiento, que es consecuencia de la interrelación de factores físicos, psicológicos y sociales.

De ahí que el envejecimiento de la población, es una realidad que reclama atender las necesidades de una población adulta mayor que tienen un alto riesgo de enfermar y ser discapacitado derivado del proceso de la pérdida progresiva de sus capacidades funcionales. Por lo que frente a esta realidad el profesional de enfermería como miembro importante y dinámico del equipo de salud, debe promover la salud y el bienestar del adulto mayor pese al grado de deterioro físico, cognitivo y emocional. Así mismo le va a permitir desarrollar un concepto contrario a los puntos de vista negativos que la sociedad mantiene hacia la vejez orientada hacia la madurez contribuyendo a mejorar su calidad de vida y revalorando su rol en la sociedad.

D. OBJETIVOS

Los objetivos que se formularon para el presente estudio fueron:

Objetivo general:

- Determinar los problemas psicosociales y las estrategias de afrontamiento en los adultos mayores que asisten al Centro del Adulto Mayor Rímac.

Objetivos específicos:

- Identificar los problemas psicosociales y sus causas en el adulto mayor según sexo y edad.
- Identificar las estrategias de afrontamiento que utiliza el adulto mayor según la dimensión Modo de afrontamiento centrado en la solución del problema según sexo y edad.
- Identificar las estrategias de afrontamiento que utiliza el adulto mayor según la dimensión Modo de afrontamiento centrado en la regulación emocional según sexo y edad.
- Identificar las estrategias de afrontamiento que utiliza el adulto mayor según la dimensión Modo de afrontamiento centrado en la

solución del problema y regulación emocional según sexo y edad.

E. PROPÓSITO:

Los resultados obtenidos han permitido proporcionar información actualizada y relevante a los directivos del Centro del Adulto Mayor y al profesional de Enfermería a fin de que se elabore estrategias y/o programas de educación para la salud dirigiendo al adulto mayor y familia a fortalecer las estrategias de afrontamiento, a través de talleres, que permitan un mejor manejo de los problemas psicosociales derivados del proceso de envejecimiento para mejorar su calidad de vida y revalorándolo como persona útil en la sociedad.

F. MARCO TEORICO

F.1. ANTECEDENTES.

Luego de realizar la revisión de antecedentes del estudio se ha encontrado algunos trabajos relacionados. Así tenemos que:

Sonia Fernández Brañas en Lima, el 2001 realizó un estudio titulado “Factores psicosociales presentes en la tercera edad”. El cual

tuvo como objetivo, identificar los factores psicosociales más frecuentes en la tercera edad, a través de la auto percepción de los ancianos. El método de estudio fue descriptivo exploratorio de corte transversal y el área estudiada fue el policlínico “Turcios Lima” considerando centro de referencia el Programa del adulto Mayor. La población estuvo constituida por 50 pacientes de 60 a más años. La técnica fue la encuesta sobre los factores psicosociales en ancianos. Las conclusiones a las que arribó fueron, entre otros: se identificaron doce factores psicológicos la misma cantidad de factores sociales. La mayor frecuencia en los factores psicológicos fue la necesidad de ser escuchados y la pérdida de roles sociales ambos en un 98%. Los sentimientos de soledad y aislamiento social, en el 97%, se explican por la disminución de contactos familiares e interpersonales y la inadaptación a la jubilación, con un 95%, constituye un acontecimiento vital, que requiere ajustes por parte del individuo, pues disminuyen los contactos sociales y afecta más al hombre que a la mujer. El factor social de mayor porcentaje fue la necesidad de comunicación social que alcanzó el 98% sobre todo con personas de su edad, hijos y nietos y la presencia de barreras arquitectónicas se encontró en el 90% de los ancianos, entre ellas, el transporte público, ausencia de pasamanos y rampas en edificios públicos.(5)

Ana Gonzales Lucia en México, el 2006, realizó una investigación sobre “Calidad de vida y estrategias de afrontamiento ante problemas y enfermedades en ancianos de ciudad de México” cuyo objetivo fue describir la calidad de vida y las estrategias de afrontamiento ante problemas y enfermedades. La población estuvo constituida por 194 personas entre 60 y 88 años de edad. Los instrumentos empleados fueron la ficha de datos socio demográfica, el instrumento de calidad de vida y el cuestionario de afrontamiento. Las conclusiones entre otras fueron: el 63.9% padece de alguna enfermedad, principalmente crónico degenerativa (53.9%). Los principales problemas o preocupaciones que reportaron tener los ancianos, se halló que el 33.7% de las personas fue la situación familiar; y el estilo de afrontamiento usada con mayor frecuencia fue aquella orientada al problema o conducta (56%) las cuales se refieren a las conductas dirigidas a confrontar la calidad y el tener una reapreciación positiva, manejando sus consecuencias. La composición factorial del cuestionario de afrontamiento arrojó cuatro factores: Activo (acudir con un médico, expresarse abiertamente, buscar ayuda con otras personas, hablar de ello, cumplir con las indicaciones); Confrontativo (aislarse, sentirse pesimista, culpable, no pensar en ello, prepararse para cosas peores); de reapreciación positiva (pensar en superarlo uno mismo, pensar en algún aspecto positivo, hacer bromas sobre el problema, distraerse, comer y beber lo que apetece, buscar un

sentido) y evitativo (mantener la esperanza, disimular el estado de ánimo, pensar que ya pasará, resignarse). Concluyendo que la calidad de vida y la enfermedad van ligadas a las formas de afrontar esta última. (6)

Josefa Ventura Castillo realizó en Cuba, el 2004, un estudio titulado “Afrontamiento y vulnerabilidad al estrés en familiares de pacientes con conductas adictivas, con el objetivo de caracterizar los procesos de afrontamiento y la vulnerabilidad al estrés de familiares de pacientes de conductas adictivas. El método utilizado fue descriptivo analítico, retrospectivo de tipo cualitativo, y el área fue el Centro Comunitario de Salud Mental del Municipio Playa. La población estuvo constituida por 30 pacientes, la técnica fue entrevista a profundidad y la encuesta y el instrumento fue la escala de Lazarus y el test de vulnerabilidad al estrés. Las conclusiones fueron entre otras: “el sexo femenino que demanda de ayuda”. “El método de afrontamiento más utilizado fue el centrado al problema y la forma utilizada, la búsqueda de apoyo social”. (7)

Luis De La Cruz Vílchez realizó en Perú, el 2003, un estudio titulado “Afrontamiento al estrés en personas hipertensas del Centro del Adulto Mayor de Lima Cercado”, con el objetivo fue identificar las diferentes modalidades de recursos que presentan los adultos mayores

hipertensos en relación a los no hipertensos, ante situaciones estresantes. El método de estudio fue descriptivo comparativo y el área de estudio el Centro del Adulto Mayor de Cercado de Lima. La muestra fue de 299 personas entre 60 a 75 años de edad. Se administró el Inventario de Recursos de Afrontamiento de Hammer y Marting (1987) que mide cinco recursos de afrontamiento agrupados en personales y sociales. Las conclusiones encontradas afirman que los recursos de afrontamiento ante el estrés en esta población no presentan una diferencia estadísticamente significativa entre los adultos mayores hipertensos y no hipertensos. Hecho que no debe concluir, sino motivar al desarrollo de nuevas investigaciones que amplíen las mismas y encontrar mejores alternativas de tratamientos de salud y promoción de estilos de vida saludables, en beneficio del adulto mayor y de la sociedad. (8)

Por los antecedentes revisados se puede evidenciar que existe algunos estudios referido a los problemas psicosociales que atraviesa el adulto mayor y las estrategias de afrontamiento, siendo necesario realizar el estudio a fin de que el profesional de enfermería diseñe programas orientadas a fortalecer las estrategias de afrontamiento al proceso de envejecimiento en el adulto mayor contribuyendo a mejorar su calidad de vida.

F.2. BASE TEÓRICA.

La etapa adulto mayor se define desde el punto de vista demográfico como aquel proceso que está comprendido por personas que ha entrado en el sexto decenio de la vida. La Asamblea Mundial sobre el envejecimiento, convocada por las Naciones Unidas en Viena, en 1982, adoptó la definición de adulto mayor respecto de la población mayor de 60 años y más. Desde el punto de vista económico, una persona mayor es aquel individuo que se encuentra jubilado y por lo tanto deja de ser considerado como un sujeto productivo; esto por lo regular, sucede después de los 65 años en los hombres y de los 60 en las mujeres. (9)

Desde una perspectiva familiar, se identifica a los adultos mayores con la salida del último hijo del hogar o con la llegada de los nietos; de hecho este grupo de especialistas ha considerado como un sinónimo el ser adulto mayor o el pertenecer a la tercera edad, pues es la base de la tercera generación en una familia. (Hugo Aréchiga y Marcelino Cereijido, 1999) (10)

El envejecimiento es un hecho “normal” puesto que es una “norma” en todos los individuos de la especie humana y en todas las especies vivas. Aparece como “natural” por el hecho de ser inherente al

mecanismo mismo de la vida en todas las especies vivas, es decir, como producto de la evolución. (11)

El proceso de “maduración” y de “envejecimiento” humano tanto en sus estructuras como en sus funciones, es un proceso individual y colectivo a la vez, continuo y cíclico, eminentemente personal. Se da dentro del contexto de interrelaciones de variables físicas, químicas y biológicas por un lado, con otras que son de carácter psíquico, cultural y social. (12)

Las características que van tomando dichos procesos se ven afectadas por las rápidas transformaciones que se producen constantemente en el medio social humano. Algunas de las causas que dinamizan los cambios ecológicos, sociales, económicos, sanitarios, biológicos y psicológicos que ocurren en las sociedades son la industrialización de las actividades humanas y su tecnificación progresiva, la intensa urbanización de las poblaciones, el crecimiento demográfico, el desarrollo económico, los niveles de vida y las desigualdades sociales y económicas. (13)

Es por ello que tanto el desarrollo como el envejecimiento del hombre como ser vivo, son el resultado de la interrelación entre la “información genética” y todas las variables naturales y socioculturales que constituyen el ambiente en el que se desarrolla la vida humana

desde que se nace hasta que se muere. Esta situación se repite en cada uno de nosotros, pero no en forma mecánica ni absoluta sino en forma dinámica, activa, de modo que dicha interrelación es variable, cambiante y particular. (14)

Por lo tanto, el envejecimiento se desarrolla en forma diferente de acuerdo con factores individuales y sociales y no sigue una cronometría rigurosa en cada persona. De este modo, pueden observarse diferentes edades biológicas y subjetivas en personas con la misma edad cronológica lo cual ocurre porque el proceso de envejecimiento es personal y cada sujeto puede presentar involuciones a diferentes niveles y en diversos grados al declinar ciertas funciones y capacidades más rápidamente que otras. (15)

Las poblaciones que viven en zonas subdesarrolladas y con bajos niveles de vida envejecen prematuramente, el organismo se deteriora al enfrentar más riesgos y el individuo envejece antes de lo que normalmente debería suceder. Esto se da no sólo en lo que respecta a la mayor morbilidad clínica que apresura el envejecimiento, sino por la lucha constante por sobrevivir, lo que se convierte en factor

de tensión y de envejecimiento prematuro en las poblaciones empobrecidas. (16)

Desde un punto de vista fisiológico, el envejecimiento tisular comienza cuando termina el período de crecimiento, lo cual ocurre en el ser humano entre los 25 y 30 años. El proceso es gradual, progresivo y sólo se objetiviza después de los 40 años cuando el desgaste de los tejidos en relación con el potencial de reparación del organismo se hace evidente. En general, se distinguen tres etapas en el proceso clínico del envejecimiento (17)

1. Madurez avanzada: entre los 45 y los 60 años.

2. Senectud o vejez: entre los 60 y los 75. Que representa un estado biológico normal inherente al proceso mismo de la vida, en el que esa normalidad se traduce en declinaciones y cambios, tantos psíquicos como físicos, de carácter cuantitativo y armónico que, por ser propios de dicho estado, no pueden ser juzgados como síntomas patológicos.

3. Senilidad o alta ancianidad: más allá de los 75. Representa la expresión patológica de la ancianidad. la senilidad no es igual a la demencia senil, ya que ésta a diferencia de aquélla, implica un

menoscabo intelectual global o selectivo, que produce déficits en las actividades intelectivas del sujeto.

Esta división es bastante relativa pues como ya se mencionó, el envejecimiento se desarrolla en forma diferente de acuerdo con factores individuales y sociales y no sigue una cronometría rigurosa en cada persona.

TEORÍAS PSICOLÓGICAS Y SOCIALES DEL ENVEJECIMIENTO (18,19)

Teoría de la actividad.

Aquellas personas más socialmente activas tienen una mejor capacidad de adaptación a su vejez. Dicha teoría, inicialmente propuesta por Havighurts (1969), sostiene que con excepción de los cambios inevitables de salud y fisiológicos, la persona adulta mayor sigue teniendo las mismas necesidades de tipo físico, psicológico y social. Esta teoría afirma que el estado activo del individuo es la base para mantener satisfacción y autorrealización y que el decremento de las actividades sociales es una imposición de la sociedad ante el adulto mayor y en contra de los deseos del mismo. Se hacen notar a través de esta teoría los siguientes puntos:

- Es necesaria la actividad social para continuar con el desarrollo de roles.
- La continuidad de los roles son necesarios para la manutención de un autoconcepto positivo. Se dice que existe correlación entre satisfacción con el estilo de vida (múltiples roles) y la actividad social.

Actualmente esta teoría enfatiza que las actividades sociales juegan un rol de “amortiguador” para atenuar el trauma de la pérdida de roles más importantes. Ellas promueven en el individuo que envejece, la reconstrucción de su propia imagen que ha sido deteriorada por las mismas pérdidas.

Existen casos suficientes que demuestran que la actividad social no es necesaria ni suficiente para lograr un buen nivel de satisfacción de vida. En 1972 Lemon y colaboradores introducen una nueva variable intermedia que subraya más el aspecto cualitativo. De tal manera, lo que viene siendo más importante para el sujeto son las actividades sociales que tienen sentido para él y no la actividad por sí misma. Así pues, no es tampoco el énfasis en la cantidad de interacción que se tenga sino en el hecho de tenerla pero de una manera significativa.

Teoría de la desvinculación.

Esta teoría surge, desde los años sesenta, como reacción a la teoría de la actividad (Cumming y Henry, 1961). Según esta teoría:

"...El envejecimiento normal se acompaña de un distanciamiento o "desvinculación" recíproco entre las personas que envejecen y los miembros del sistema social al que pertenecen -desvinculación provocada ya sea por el mismo interesado o por los otros miembros de este sistema." (Cumming, 1963). Esta perspectiva tendría como fuente una especie de complicidad entre lo biológico y lo social con tal de que todo pase lo mejor posible, tanto para los intereses del individuo como los de la sociedad. (20)

El carácter universal que se le ha querido dar a esta teoría es al compararla con la muerte como la desvinculación total. De esta manera la toma de conciencia de la temporalidad de la vida llevaría a la persona a reorganizar sus proyectos en función del tiempo que le queda por vivir y del sentido y valor de sus diversas posibilidades.

Desde el punto de vista social la teoría de la desvinculación respondería a dos necesidades: por una parte evitar que la desaparición natural de un individuo tenga repercusiones en el sistema y por el otro contribuir a la capacidad evolutiva de la sociedad

permitiendo a las jóvenes generaciones retomar los sitios liberados por aquellos que se están retirando, con lo que se estaría evitando el desempleo entre los jóvenes.

La diferencia de género en el proceso de envejecer estaría apoyado en que los varones han desarrollado principalmente roles instrumentales mientras que en las mujeres los roles son fundamentalmente del orden socioafectivo. La desvinculación será más o menos difícil según la presión social y la amplitud del trabajo y la transferencia del rol y la solidaridad que la persona tenga que operar. De esta manera se explica que las condiciones individuales de la persona se van a imponer en la manera de envejecer.

Cumming acepta la desvinculación más como un cambio de roles (instrumentales a socioafectivos) que como un renunciamento. No es propiamente una desvinculación sino la modificación de la forma de comprometerse. (21)

Teoría de la continuidad.

La teoría de la *continuidad* (Rosow, 1963; Atchley, 1987, 1991), a diferencia de las dos anteriores propone que no hay ruptura radical ni transición brusca entre la edad adulta y la tercera edad, sino que se

trata tan solo de cambios menores u ocasionales que surgen de las dificultades de la adaptación a la vejez. Por el contrario, se mantendría una continuidad y estabilidad entre estas dos etapas. La teoría de la continuidad se basa en dos postulados básicos:

El paso a la vejez es una prolongación de experiencias, proyectos y hábitos de vida del pasado. Prácticamente la personalidad así como el sistema de valores permanecen intactos.

Al envejecer los individuos aprenden a utilizar diversas estrategias de adaptación que les ayudan a reaccionar eficazmente ante los sufrimientos y las dificultades de la vida. (22)

Hétu resume en siete puntos esta teoría (23):

- Desde el punto de vista psicológico, los seres humanos evolucionan de una manera diferente.
- El individuo, desde su nacimiento a su muerte constituye una sola entidad coherente, por lo que, en un momento dado, cualquier estado depende en gran parte de lo que era anteriormente.

- A lo largo de su evolución, el individuo va integrando su experiencia e imagen de él mismo en lo que se conoce como “autoconcepto” y personalidad lo que va determinando sus respuestas a nuevas situaciones.
- En función de su coherencia y funcionamiento interno, cada individuo tiende a producir su propio ambiente que le corresponde. Éste se convierte en el factor externo que favorece la continuidad del estilo de vida que ha ido creando.
- Aplicado al envejecimiento, lo anterior implica que el estilo de personalidad establecido en la edad adulta es el mejor predictor del estilo de funcionamiento del sujeto para confrontar el envejecimiento.
- El envejecimiento no hace más que acentuar las líneas principales de fuerza que constituyen la armadura de su personalidad. El individuo que envejece se puede transformar de manera más ostensible en lo que siempre ha sido.
- Aunque estable, la personalidad sigue evolucionando durante toda la vida para integrar las experiencias que se le van

presentando, en un proceso continuo de adaptación hasta el final de la vida.

PROBLEMAS PSICOSOCIALES DEL ADULTO MAYOR

A lo largo de la historia de la humanidad hemos asociado el envejecimiento como una imagen negativa del ser humano en donde la mayoría de estas personas toman como cierto los mitos, creencias y estereotipo sobre la vejez lo cual genera problemas psicosociales en el adulto mayor siendo la responsable de muchos de estos problemas la sociedad.

Los problemas psicosociales están dados por aquellas condiciones psíquicas o sociales del paciente que, sin necesidad de constituir cuadros clínicos identificables, constituyen situaciones que afectan la salud o configuran situaciones de riesgo.

Liliana Pantano cita a Paul Horton y señala que hablar de problema social implica hacer referencia a la cultura del hombre, a sus relaciones con otros individuos, a su conducta personal orientada por otras conductas y a lo relativo a la conciencia colectiva. En términos comunes es aquello que suscita malestar generalizado y que aparece

mas precisamente como *“la condición o el proceso que ejerce una influencia desorganizadora sobre las personas o la sociedad”*. (24)

La problemática psicosocial del adulto mayor según *Rosemary BUSTAMANTE* (1997) se debe:

- Muchos de sus amigos ya no están, se hallan limitados en sus actividades.
- Los adultos mayores abandonados a sus propios recursos durante mucho tiempo y sin actividades suelen ser presas del aburrimiento y la soledad.
- Las tendencias migracionales campo-ciudad, especialmente en América Latina, han agravado los problemas de los adultos mayores, ya que muchos de estos se han quedado sin el sistema tradicional de apoyo familiar pues los migrantes en su mayoría son los jóvenes.
- Aún en los lugares en donde se conserva la estructura tradicional de la familia, la situación económica obliga a todos los adultos de edad laboral (20 a 59 años) a buscar un empleo; como resultado hay un gran número de adultos mayores que

viven o pasan largos periodos solos o que tienen que ingresar a instituciones por falta de familiares que los atiendan.

- El ámbito del trabajo no solamente es por cuestiones legales sino que aquí el adulto mayor tiene que enfrentarse a la situación de que la tarea que realiza excede a su capacidad física, originándose con esto una frustración.
- La muerte del cónyuge es un aspecto y también marca la vida del adulto mayor.
- Estimación de las personas maduras como grupo menos competente. (25)

Así mismo las personas que envejecen desencadenan otros tipos de problemas, tales como la jubilación obligatoria, pérdida de la productividad y de utilidad, pérdida de la imagen de corporal, pérdida del ingreso y del status, pérdida de la salud, preocupación por el tiempo restante de vida, viudez, pérdida de seres significativos, ordenar los recuerdos, preocupaciones sobre la invalidez y la dependencia, el sentido de dejar de ser competente y de tener autoridad e integridad. (26)

Dentro de los problemas psicosociales que presentan tenemos:

IMAGEN CORPORAL

La Imagen Corporal es definida como la representación del cuerpo que cada persona construye en su mente. Esta representación mental o idea subjetiva que cada individuo tiene de su organismo, contribuye al fortalecimiento de imaginarios, emociones, habilidades sociales y competencias dentro del ámbito social y personal. Así que podemos afirmar que la imagen corporal es una experiencia psicológica multidimensional relacionada con el aspecto físico que influye profundamente en la calidad de vida del individuo. (27)

Actualmente, el énfasis de las investigaciones en el área de la IC está puesto en la figura, el peso corporal y el grado de satisfacción con la apariencia física, que representa una fuente de estrés para la mayoría de las mujeres americanas. Los estudios muestran que aproximadamente el 50% de las mujeres jóvenes muestran gran insatisfacción con su apariencia física y este descontento con su cuerpo es también evidente en las mujeres ancianas.(28)

Los cambios corporales no son aceptados de la misma manera por todos los involucrados, generándose ansiedad y depresión. Esto se hace patente en quienes dieron especial valor a su apariencia física. Es preciso reconocer que existe un tipo de belleza propia de cada edad y

que en ella cada persona puede encontrar su propia aceptación y la de los demás. Relacionado a esto tenemos la tan popular actitud femenina de bajarse la edad. (29)

Las investigaciones sugieren la existencia de diferencias de género al abordar el estudio de la IC y el envejecimiento, máxime cuando las mujeres, en todas las etapas de su vida, experimentan más preocupación por el peso y aspecto físico que los hombres. Pliner observó que las mujeres de diferentes rangos de edad se preocupan más que los hombres por el aspecto físico y el peso corporal. Feingold y Mazzella observaron que los hombres, en general, se sienten atractivos o refieren estar satisfechos con sus cuerpos a pesar de la edad, mientras que las mujeres afirman estar menos satisfechas.

Este prejuicio de género coloca al sexo femenino en desventaja e incrementa su susceptibilidad a la insatisfacción con su cuerpo y a las patologías relacionadas con el mismo, dado que el aspecto físico sigue siendo más valorado que el intelectual.(30)

Sin embargo, hay mujeres mayores que afrontan los cambios físicos, biológicos y funcionales de su cuerpo, que con frecuencia las alejan de los estándares y estereotipos culturales de la belleza, con el empleo de estrategias cognoscitivas de control para mejorar la

aceptación del cuerpo y hacer frente o ignorar las influencias socioculturales nocivas.(31)

LA JUBILACIÓN

Se dice que la vejez comienza cuando se deja de trabajar, cuando se llega a jubilarse. El retiro es uno de los cambios de estatus más significativos de la vejez: el sujeto debe afrontar la pérdida de la rutina diaria, el grupo social al que pertenece y las funciones que cumple en la sociedad; esto, sumado a una eventual pérdida de ingresos, de compañeros de trabajo, y al desajuste entre las fantasías de la jubilación y lo real, conduce a que la satisfacción vital tienda a disminuir, ya que pueden sentir que han sido despojados de sus vidas o que han abandonado el único estilo de vivirla de manera realmente importante, valiosa y productiva. (32)

Sin embargo, la verdad es que el hombre de edad avanzada es capaz de insertarse en un grupo operativo, con responsabilidades y derechos y con la capacidad de rendir frutos que sus capacidades le permiten. En una sociedad el seguro social no llegan a satisfacer las necesidades de primer lugar (llamadas básicas) el jubilado está prácticamente obligado a buscar un trabajo eventual, pero con la gran cantidad de jóvenes desocupados, ve con poca esperanza encontrarlo

ya que el mercado laboral exige personal entre los 18 y 35 años de edad, mermando así sus pocas posibilidades. En si la visión general que maneja la sociedad es que el adulto mayor es incapaz de poder desempeñar trabajo alguno, que es torpe y falto de habilidad. Por eso es importante hacer de conocimiento generalizado a toda la población los efectos de la estimulación aún en la adultez tardía, siendo errado considerar al jubilado como una persona achacosa e improductiva y sin capacidad de brindar servicios. En realidad, el hombre viejo no se siente fuera de la colectividad, sino que realmente esta fuera. Por lo menos en esa posición de “extraños” los coloca la comunidad en general. Las personas clave en el problema del envejecimiento no son los ancianos, sino los grupos de edad más jóvenes, quienes son los que determinan la posición y los roles de la persona adulto mayor en el orden social. (33)

Por la edad o el aspecto físico se los deja de lado, se los jubila y abandona a su suerte, perdiendo desde el poder adquisitivo hasta la dignidad, deteriorándose su calidad de vida. La jubilación actúa como barrera demarcatoria, dejando afuera de este círculo a todos aquellos que, cumpliendo 60 o 65 años engrosan las filas de los llamados "pasivos", obligándolos a replegarse sobre si mismos a un reposo forzoso. (34)

Muchas veces la jubilación es pensada como un vacío, en el cual la persona no se encuentra preparada, dejando al sujeto sin nada que hacer. (35)

Si bien para muchos la jubilación es el momento de disfrutar del tiempo libre, para otros es un momento de estrés, ya que el retiro les supone una pérdida del poder adquisitivo y por ende en la autoestima. Siendo necesario que a lo largo de la vida las personas, según sus tendencias e intereses, amplíen de círculo de actividades, de manera tal que al llegar a la vejez, puedan ocupar el tiempo que tienen a su disposición. (36)

La jubilación según el género existen diferencias. Algunos autores refieren que la mujer es más vulnerable a aceptar la jubilación (al recibir salarios menores que los hombres les brinda menor seguridad financiera al momento de la jubilación); sin embargo, es la que más fácilmente puede llegar a adaptarse, ya que en su ambiente familiar sigue siendo la que lleva el liderazgo doméstico (San Martín y Pastor, 1990; Buendía, 1994). Caso contrario en el hombre, el cual a pesar de que pasa largas horas en su casa, y de que sigue siendo la cabeza de la familia ante la sociedad, no es el que lleva tal liderazgo, y por lo tanto sufre más el ser jubilado. (37)

Estar satisfecho después del retiro requiere algo más que hallar modos de llenar el tiempo libre. Implica una actitud frente al final de la vida. Tomarlo como un periodo de integración de las experiencias, y consecuentemente de crecimiento, manteniéndose activo.

LA SOLEDAD

Tunstall (1966) ha distinguido “aislamiento” de “soledad”, hallándose el primero en el campo objetivo de los contactos sociales; mientras que el segundo corresponde a las vivencias subjetivas de la estructura de las interacciones sociales, lo que es producto de las expectativas respecto a las futuras relaciones.(38)

Es así que aún cuando muchas personas ven en su retiro una etapa de descanso y libre de preocupaciones y tienen la certeza de que no se aburrirán sino más bien que dispondrán de tiempo para asistir a espectáculos, visitar a los amigos e incluso viajar, llegado el momento empieza a parecerles vacía la vida que están llevando, se le acaban las diversiones, la falta de objetivos vitales pesan terriblemente.(39)

José Carlos Bermejo afirma que puede ocurrir la soledad incluso estando en compañía. La soledad es una experiencia subjetiva que se produce cuando no estamos satisfechos o cuando nuestras relaciones

no son suficientes o no son como esperaríamos que fueran. La soledad es una condición de malestar emocional y que surge cuando una persona se siente incomprendida o rechazada por otros o carece de compañía para las actividades deseadas, tanto físicas como intelectuales o para lograr intimidad emocional. Así mismo cuando una persona busca a alguien y descubre que nadie está disponible para ella, que nadie satisface sus necesidades (de cualquier naturaleza), que nadie se ocupa de ella en un sentido singular y profundo, que a nadie le importa directa y verdaderamente, o que no hay nadie buscándola o esperándola, se inunda de pena y vacío.

Un estudio de la Universidad de Michigan menciona que el 60 % de las personas de 70 años o mayores de edad sienten alguna forma de soledad. Y con respecto al género una documentación especial de Soledad refiere que “La soledad es más frecuente en mujeres mayores, pero *suele ser más intensa y mas temida por los hombres mayores*, debido a la dificultad en el manejo de actividades domésticas, al menos en estas generaciones de personas mayores donde los papeles productivos y domésticos han estado muy diferenciados por sexo”(40).

Ya Goldfare (1965) halló una relación entre el sentimiento de soledad y el grado de inactividad y aburrimiento. El aburrimiento

también puede aparecer como una consecuencia de la ausencia de ritmo en las ocupaciones a corto, mediano y largo plazo.

La mujer es estorbada por el marido en sus rutinarias labores domésticas. En consecuencia la depresión, y la irritación, se presentan amenazantes. Aunados a estos sentimientos de soledad e inutilidad están los de rechazo o indiferencia de la sociedad, la forma de sobrellevar el duelo, las dificultades económicas, etc.

ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO SEGÚN EL MODELO DE LAZARUS Y FOLKMAN.

En general las preocupaciones del envejecer se relacionan con la adaptación a las pérdidas vitales, jubilación, reconciliación con los logros y fracasos, resolución de la aflicción por la muerte de otros y la aproximación de la propia, la soledad, entre otros; siendo necesario para el adulto mayor utilizar diferentes estrategias de afrontamiento para adaptarse a ellas.

Rodríguez, Isidro y Martínez (2004) mencionan que en los individuos de edad avanzada se puede observar pérdidas de interés por las cosas que los rodean, y en plano relacional, debido a su dificultad de adaptación, pueden enfrentar problemas de convivencia,

sin embargo los mayores problemas, aun por encima del económico y de la salud física, son la inactividad y la soledad.

Por lo anterior es de gran importancia que el individuo establezca estrategias de afrontamiento para lidiar con los cambios psicológicos, sociales, físicos, familiares y laborales y analizar cómo se enfrentan las personas ante elementos estresantes determinados.

Definición conceptual de estrategias de afrontamientos.

Las estrategias de afrontamiento se definen como respuestas o conjuntos de respuestas ante la situación estresante, ejecutadas para manejarlas y/o neutralizarlas. Es decir, se habla de afrontamiento en relación a un proceso que incluye los intentos del individuo para resistir y superar demandas excesivas que se le plantean en un acontecer vital, y restablecer el equilibrio, es decir, para adaptarse a la nueva situación.

Existen en realidad muchas estrategias posibles de afrontamiento que puede manejar un individuo. El uso de unas u otras en buena medida suele estar determinado por la naturaleza del estresor y las circunstancias en las que se produce. Por ejemplo, las situaciones en las que se puede hacer algo constructivo favorecen

estrategias focalizadas en la solución del problema, mientras que las situaciones en las que lo único que cabe es la aceptación favorecen el uso de estrategias focalizadas en las emociones.

La escala de **Modos de Afrontamiento (Ways of Coping, WOC) de Folkman y Lazarus (1985)**, un instrumento que evalúa una completa serie de pensamientos y acciones que se efectúan para manejar una situación estresante, cubre ocho estrategias diferentes.
(41)

Modo de afrontamiento centrado en la solución del problema.

Confrontación: Intentos de solucionar directamente la situación mediante acciones directas, agresivas, o potencialmente arriesgadas. El estilo confrontativo o vigilante es más efectivo cuando existe un suceso amenazante que se repite o que persiste a lo largo del tiempo. Es útil pues permite anticipar planes de acción ante riesgos futuros aunque puede que tenga un coste mayor en ansiedad.

Planificación: Pensar y desarrollar estrategias para solucionar el problema.

Modo de afrontamiento centrado en la regulación emocional.

Distanciamiento: intentos de apartarse del problema, no pensar en él, o evitar que le afecte a uno.

Autocontrol: esfuerzos para controlar los propios sentimientos y respuestas emocionales. Una de las variables más importantes que modulan los efectos de un estresor potencial es la sensación de control sobre el mismo.

Multitud de investigaciones experimentales con animales y humanos han demostrado que la pérdida de sensación de control constituye un elemento crucial etiológico de la depresión y otros trastornos emocionales. Más en concreto, el modelo de depresión de la desesperanza o indefensión aprendida, han hallado que el uso de un diario en el que se detallen por escrito las preocupaciones, mejora de manera significativa el funcionamiento inmunológico en diversas variables de los sujetos. Se desarrollará un estado depresivo cuando una persona perciba que no dispone de ninguna estrategia, ni ahora ni el futuro, para cambiar una situación aversiva personal.⁷ En definitiva, cuando el individuo considera que absolutamente ningún modo de afrontamiento va a ser eficaz para controlar una situación negativa.

Aceptación de responsabilidad: Reconocer el papel que uno haya tenido en el origen o mantenimiento del problema.

Escape-evitación: Empleo de un pensamiento irreal improductivo («Ojalá hubiese desaparecido esta situación») o de estrategias como comer, beber, usar drogas o tomar medicamentos. El estilo evitador es más útil para sucesos amenazantes a corto plazo.

Reevaluación positiva: Percibir los posibles aspectos positivos que tenga o haya tenido la situación estresante. Así mismo consiste en tener una expectativa generalizada de que los resultados serán positivos. Las personas con una actitud optimista parecen manejar mejor los síntomas de enfermedades físicas como, por ejemplo, cáncer o cirugía cardíaca y esto parece deberse a que las estrategias de estas personas suelen estar centradas en el problema, la búsqueda de apoyo social y buscar los lados positivos de la experiencia estresante. Por el contrario, las personas pesimistas se caracterizan más por el empleo de la negación y el distanciamiento del estresor, centrándose más en los sentimientos negativos producidos por el estresor.

Modo de afrontamiento centrado en la solución del problema y regulación emocional.

Búsqueda de apoyo social: Acudir a otras personas (amigos, familiares, etc.) para buscar ayuda, información o también comprensión y apoyo emocional.

El expresar los propios sentimientos y estados emocionales intensos (catarsis) intensos puede ser eficaz para afrontar situaciones difíciles. Parece, en efecto, que hablar y comunicar nuestras preocupaciones tiene el efecto de reducir tanto la probabilidad de que se produzcan rumiaciones obsesivas con el paso del tiempo como de que aparezca un incremento en la actividad fisiológica.⁹ Aún no se conocen bien las vías de actuación de este fenómeno: hablar con otras personas no tiene ningún efecto «mágico» sino que, a su vez, puede favorecer el afrontamiento de muchas maneras (se recibe información, apoyo afectivo, fuerza a pensar mejor sobre lo que nos preocupa para comunicarlo efectivamente, etc.).

El apoyo social hace referencia a sentirse querido, protegido y valorado por otras personas cercanas (normalmente amigos y familiares)'. No es tanto la red «física» o número de personas cercanas como el apoyo percibido por parte de la persona. El apoyo social puede

considerarse de dos maneras. En primer lugar, como un recurso o estrategia de afrontamiento (hablar con un familiar o amigo ante un problema); en este sentido, es uno de los mecanismos que la gente valora como más eficaces para afrontar situaciones emocionales difíciles (Folkman y cols., 1986; Vázquez y Ring, 1992, 1996). En segundo lugar, puede entenderse como un amortiguador del propio estrés (Barrera, 1988); por ejemplo, la falta de personas próximas en las que confiar en circunstancias difíciles eleva de forma extraordinaria el riesgo de aparición de episodios depresivos en personas vulnerables.

Como técnica de afrontamiento, el apoyo social se utiliza más por mujeres que por hombres, un 18 frente a un 11 %, respectivamente (Stone y Neale, 1984). Aunque la mayor parte de la investigación se ha centrado en el problema (es decir, buscar consejo, información, vías de solución, etc.) no cabe duda de que este procedimiento también sirve como una importante fuente de apoyo emocional (alivio, empatía y ayuda física).

No todo apoyo social es igualmente eficaz como protector contra el estrés. El más efectivo parece ser tener alguien cercano en quien confiar (p. ej., un esposo o una pareja). Por otro lado, los efectos del apoyo social parecen no ser acumulativos. Así pues, lo importante es

tener al menos un amigo íntimo más que tener muchos amigos o conocidos. En último lugar, no es sólo importante tener una red disponible, sino que el individuo sepa y esté dispuesto a extraer de modo efectivo el apoyo que necesita de otros.

Como una forma de apoyo social se considera al centro del adulto mayor que son establecimientos especializados de ESSALUD, encargados del otorgamiento de las prestaciones sociales al adulto mayor mediante el desarrollo de actividades de carácter social, cultural, educativo, recreativo, productivo, de promoción y prevención de la salud; sin discriminación por creencias ideológicas, políticas, religiosas, de raza, género o condición social direccionadas a mejorar la calidad de vida del adulto mayor, revalorando su rol en la sociedad.

La mayor parte de los estresores conllevan una serie de problemas de naturaleza diferente que requieren estrategias de afrontamiento diferentes. Por ejemplo, una persona en un proceso de divorcio debe enfrentarse a muchos problemas (impacto emocional, cargas financieras, custodia de los hijos, etc...). Es muy probable que, en general, un afrontamiento con buenos resultados requiera la capacidad de usar de forma adecuada múltiples estrategias de un modo flexible.

Aunque se han propuesto muchas otras variables psicológicas que pudieran afectar la eficacia del afrontamiento (sentido del humor, sensación de coherencia de la propia vida, inteligencia, no tomarse las cosas muy en serio, etc.) ninguna de ellas ha sido objeto de una investigación profunda. No obstante, parece cada vez emerger más claramente un patrón de personalidad proclive a la buena salud y caracterizado por el optimismo, sensación de control y capacidad de adaptación.

También intervienen en el afrontamiento elementos externos como los recursos tangibles (educación, dinero, nivel de vida, etc.), el apoyo social recibido, o la existencia de diversos estresores simultáneos (una relación difícil de pareja, dificultades económicas o enfermedades crónicas).

PROCESO DE ADAPTACIÓN Y AFRONTAMIENTO DEL ADULTO MAYOR SEGÚN LA TEORÍA DE ENFERMERÍA DE CALLISTA ROY.

Desde la perspectiva psicológica, el modelo psicoanalítica presentado por Lazarus y Folkman hace referencia al afrontamiento como el “conjunto de esfuerzos cognitivos y conductuales, constantemente cambiantes, desarrollados para manejar las demandas

específicas externas o internas, evaluadas como excedentes, abrumadoras o desbordantes de los recursos del individuo”. (42)

Roy define el afrontamiento como “los esfuerzos comportamentales y cognitivos que realiza la persona para atender las demandas del ambiente, que actúan como un todo para mantener sus procesos vitales y su integridad. Según este modelo, el afrontamiento es esencial para la salud y el bienestar, y se contribuye en la variable más importante para comprender el efecto del estrés en la salud”. (43)

“El afrontamiento, es un procesos dinámico y multidimensional, es dinámico porque depende de la interacción entre el individuo y el entorno, la cual esta mediada por factores personales, sociales y ambientales, que se modifican en forma permanente. Se consideran multidimensional porque cada persona utilizan diferentes estrategias para afrontar variadas situaciones” (44).

Roy clasifica los procesos de afrontamiento en innatos y adquiridos, los cuales están dados por los subsistemas regulador y cognitivo.

“Los procesos innatos de enfrentamiento están genéticamente determinados, son comunes a todas las especies y actúan

automáticamente, es decir, la persona no tiene que pensar en ellos. Los procesos adquiridos se desarrollan a través de estrategias tales como el aprendizaje, ya que las experiencias de la vida contribuyen a dar respuestas repetidas ante un mismo estímulo particular” (45).

Según Roy, estos dos subsistemas de afrontamiento (regulador y cognitivo) permiten a la persona hacer frente a los diversos estímulos que entran al sistema. Ambos actúan en forma interdependiente como un todo, con el propósito de mantener los procesos vitales de la persona y su integridad.

“El subsistema de afrontamiento regulador mediado por el sistema nervioso autónomo y endocrino, responde automáticamente a los estímulos del ambiente interno y externo. Es bien sabido que las condiciones estresantes incrementa la producción de neurotransmisores y de hormonas que al final regulan toda la actividad de organismo para alcanzar la homeostasis. Las respuestas medidas por el subsistema regulador se ven reflejadas particularmente en el modo fisiológico de la adaptación”. (46)

“El subsistema de afrontamiento cognitivo tiene relación con la conciencia. La conciencia monitorea y regula el comportamiento humano gracias a los procesos cognitivos en donde, mediante el

desarrollo del proceso de información, la persona otorga un significado a los estímulos del ambiente, interactúa con este y alcanzan los niveles más altos de integración consigo mismo y con la sociedad”.(47)

“A través de estos subsistemas el individuo interpreta en forma particular los estímulos generando los comportamientos o respuestas que pueden ser adaptativas o inefectivas; éstas actúan como retroalimentación para incrementar o reducir los esfuerzos de afrontamiento” (48).

Las respuestas se evidencian en forma interrelacionada en cuatro modos de adaptación:

El **fisiológico** se relaciona con las respuestas fisiológicas a los estresores o estímulos externos.

El **autoconcepto** definido “como un conjunto de creencias y sentimientos que una persona tiene acerca de sí misma en un momento dado. Éstos son adquiridos a través de la interacción social.

La **función del rol** se enfoca en los roles que el individuo ocupa en la sociedad. Un rol es la unidad de funcionamiento en el grupo y se

define como el conjunto de funciones que una persona, que ocupa una posición, realiza o desempeña.

La ***interdependencia*** se refiere a las interacciones relacionadas con las formas de recibir y dar amor, respeto y valor. La necesidad básica en este modo se relaciona con la integridad y el sentimiento de seguridad que proporcionan las relaciones. Dos tipos de relaciones son esenciales en la interdependencia: la familia y las redes de apoyo social. (49)

ENFERMERÍA EN LA PREVENCIÓN DE PROBLEMAS PSICOSOCIALES DEL ADULTO MAYOR

El profesional de enfermería como miembro importante y dinámico del equipo de salud, debe promover la salud y el bienestar del adulto mayor pese al grado de deterioro físico, cognitivo y emocional. Desarrollando una visión que sea contraria a los puntos de vista negativos que la sociedad mantiene hacia la vejez, que este orientada hacia la madurez en lugar de reforzar la tendencia actual de considerar a la vejez como la última mitad de la vida, un declive, un proceso de degeneración que conduce a la incompetencia, a un autoconcepto negativo y a una baja autoestima, con la muerte como resultado final.

La función del cuidado de enfermería es fortalecer la integración de la persona con el ambiente (estímulos externos) con el fin de promover respuestas adaptativas en los adultos mayores, valiéndose las enfermeras de valorar los comportamientos de las personas y los factores que influyen en sus habilidades de adaptación, preocupándose en conocer cómo viven el proceso de envejecimiento, cómo experimentan los problemas psicosociales, cómo afectan estas en su vida diaria, y cuáles son las estrategias que han desarrollado para afrontarlas, según el Modelo de Lazarus y Folkman. Solo en la medida en que conozcan estos procesos podrán ofrecer un cuidado individualizado, y desarrollar en conjunto con ellos alternativas que sean efectivas para promover su adaptación.

Para esto, una herramienta fundamental del cuidado del enfermero para promover esta adaptación al proceso de envejecimiento y a los problemas psicosociales a presentar es la comunicación. A través de ella los adultos mayores se podrán identificar las estrategias de afrontamiento que han empleado y su eficacia en la solución de los problemas.

Es por ello que el personal de enfermería debe conocer los problemas psicosociales que presenta el adulto mayor y las estrategias

de afrontamiento que utilizan ante dichos problemas, para así promover y recuperar el bienestar emocional y el rol social en el adulto mayor logrando de esta forma una mejor calidad de vida.

G. DEFINICIÓN OPERACIONAL DE TÉRMINOS.

- **Adulto mayor:** Persona de ambos sexos de 60 años de edad a más que asisten al Centro del Adulto Mayor Rímac.
- **Problema psicosocial:** Es la respuesta expresada del adulto mayor sobre aquellas condiciones psíquicas o sociales que experimentan o sienten sin necesidad de constituir cuadros clínicos identificables que afectan la salud o configuran situaciones de riesgo. El cual fue obtenido a través de cuestionario y valorado en frecuencias absolutas y porcentajes.
- **Estrategias de afrontamiento:** Es la respuesta expresada del adulto mayor sobre las diferentes formas que utilizan para enfrentar una situación que pone en riesgo su tranquilidad (mantener sus procesos vitales y su integridad), estas pueden ser altamente cambiantes dependiendo de las condiciones desencadenantes. El cual fue obtenido a través de una escala

de afrontamiento de Lazarus y Folkman modificado y valorado en frecuencias absolutas y porcentajes.

- **Centro del adulto mayor:** Establecimiento especializado de ESSALUD, encargado del otorgamiento de las prestaciones sociales al adulto mayor mediante el desarrollo de actividades de carácter social, cultural, educativo, recreativo, productivo, de promoción y prevención de la salud; sin discriminación por creencias ideológicas, políticas, religiosas, de raza, género o condición social direccionadas a mejorar la calidad de vida del adulto mayor, revalorando su rol en la sociedad.

CAPITULO II

MATERIAL Y METODO

A. NIVEL, TIPO Y METODO.

El estudio fue de nivel aplicativo ya que a parte de la realidad para transformarlo, tipo cuantitativo, método descriptivo de corte transversal ya que permitió presentar la información tal y como se obtuvo en un tiempo y espacio determinado.

B. DESCRIPCIÓN DEL ÁREA.

El área de estudio fue el Centro del Adulto Mayor “Rímac” ubicado en la Avenida Próceres 288 del distrito del Rímac. Es un establecimiento especializado de ESSALUD, encargado del otorgamiento de las prestaciones sociales al adulto mayor mediante el desarrollo de actividades de carácter social, cultural, educativo, recreativo, productivo, de promoción y prevención de la salud; sin discriminación por creencias ideológicas, políticas, religiosas, de raza, género o condición social direccionadas a mejorar la calidad de vida del adulto mayor, revalorando su rol en la sociedad. Los objetivos del Centro del Adulto Mayor son:

- Promover un enfoque gerontológico social, el desarrollo de actividades acorde a las necesidades físicas, psíquicas, sociales e intereses de la población objetivo.
- Contribuir al mejoramiento activo, productivo y exitoso.
- Propiciar el desarrollo integral de los afiliados brindando oportunidades para una vida digna en el contexto de sus familias y de su comunidad.
- Fomentar la participación social de los afiliados.

C. POBLACIÓN Y MUESTRA.

La población estuvo constituida por 117 adultos mayores de ambos sexos comprendidos dentro del rango de 60 a 90 años de edad y que asisten activamente al Centro del Adulto Mayor Rímac de manera frecuente y/o esporádica. La muestra se obtuvo mediante el muestreo aleatorio constituido por 70 adultos mayores que asisten al Centro del Adulto Mayor Rímac. (Anexo C).

Los criterios de inclusión fueron:

- Adultos mayores de ambos sexos de 60 años a más.
- Adultos mayores jubilados.

- Adultos mayores expresen voluntariamente participar en el estudio.

Los criterios de exclusión fueron:

- Adultos mayores de ambos sexos menores de 60 años.
- Adultos con deterioro cognitivo y hablen otro idioma.
- Adultos mayores que no completen el instrumento.

D. TÉCNICA E INSTRUMENTO.

Para la recolección de datos se utilizó como técnica la entrevista y el instrumento fueron dos cuestionarios. El instrumento sobre problemas psicosociales estuvo compuesto por 15 ítems que mide 3 problemas psicosociales: imagen corporal, jubilación y soledad; y el instrumento sobre estrategias de afrontamiento (basado en la escala de modos de afrontamiento del Folkman y Lazarus modificado) estuvo conformado por 24 ítems que mide 8 estrategias de afrontamiento: Confrontación, planificación, distanciamiento, autocontrol, aceptación de responsabilidad, escape-evitación, reevaluación positiva y búsqueda de apoyo social. (Anexo B).

Para la validez de los instrumentos se realizó el juicio de expertos, contándose con 7 profesionales destacados en el ámbito de enfermería, psicología y asistente social.

Posterior a ello se realizó la prueba piloto a 30 adultos mayores que acuden al CEDIF de Comas. Para la validez estadística de problemas psicosociales se realizó el coeficiente Biseral puntual y la prueba de Kuder de Richard (KR20); y para la escala de estrategias de afrontamiento se aplicó para la confiabilidad la Alfa de Crombach. (Anexo E y F).

E. PROCEDIMIENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS.

Para la recolección de datos se realizó el trámite administrativo a fin de obtener la autorización y facilidades para ejecutar el estudio. Luego se llevó a cabo las coordinaciones previas para realizar la recolección de datos y se elaboró un cronograma para dar el inicio de dicha recolección, contándose con el apoyo de la Promotora del CAM Rímac Lic. Margot Pelaez Ramos.

La recolección de datos se llevó a cabo los días lunes, miércoles y viernes de los meses setiembre y octubre del año 2010 considerando

un tiempo estimado de 20 minutos por cada adulto mayor previo consentimiento informado.

F. PROCEDIMIENTO DE PROCESAMIENTO, PRESENTACION Y ANALISIS E INTERPRETACION DE DATOS.

Luego de recolectados los datos, estos fueron procesados mediante el uso del paquete estadístico de Excel previa elaboración de la tabla de códigos y tabla matriz de datos. (Anexo G)

Los resultados fueron presentados en gráficos y/o tablas estadísticas para su respectivo análisis e interpretación. Para la medición de la variable problemas psicosociales se utilizó la estadística descriptiva de frecuencias absolutas y porcentajes (presencia y ausencia) y para la variable estrategias de afrontamiento también se hizo uso de la estadística descriptiva de frecuencias absolutas y porcentajes (siempre, a veces, nunca).

G. CONSIDERACIONES ÉTICAS.

Para ejecutar el estudio se tuvo en cuenta la autorización de la institución y el consentimiento informado a los adultos mayores, indicándoles que el instrumento es anónimo y confidencial y la información solo será restringida para los fines del estudio.

CAPITULO III

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

Luego de recolectar los datos, estos fueron procesados y presentados en gráficos y/o tablas estadísticas a fin de realizar el análisis e interpretación considerando el marco teórico. Así tenemos que:

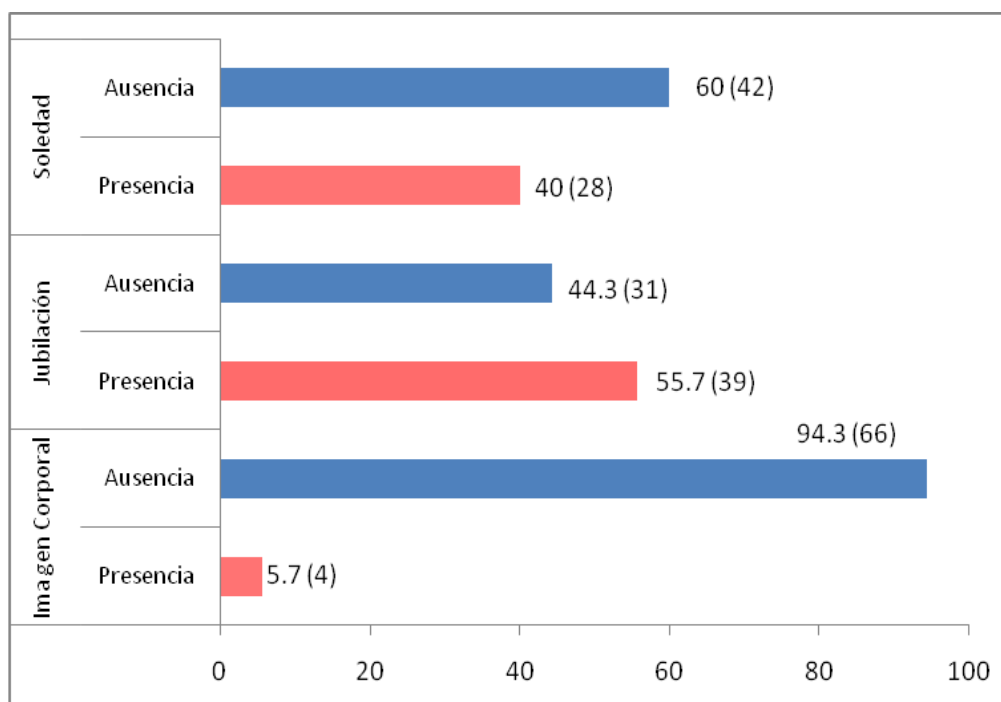
En cuanto a los datos generales del 100% (70), 65.7% (46) son de sexo femenino y 34.3% (24) son de sexo masculino, 54.3% (38) tienen de 60-75 años y el 45.7% (32) de 75 a más. Según lugar de procedencia, 57.1% (40) son de Lima y el 42.9%(30) de provincias, tales como: Chiclayo, La Libertad, Piura, Ica y Cerro de Pasco. En cuanto al grado de instrucción, 42.9% (30) tienen primaria (completa o incompleta), 35.7%(25) secundaria (completa e incompleta) y 21.4%(15) superior (completa o incompleta). En relación al estado civil, 40.0% (28) son viudos, 38.6%(27) casados, 10.0% (7) divorciados, 8.6%(6) solteros y 2.9%(2) convivientes. (Anexo G)

Con lo que se puede evidenciar que los adultos mayores del CAM Rímac, la mayoría son de sexo femenino, tienen de 60-75 años de edad, proceden de Lima, tienen estudios de primaria y secundaria y son viudos y casados.

En relación a los problemas psicosociales, del 100% (70), 55,7% (39) tiene el problema de jubilación, 40% (28) expresan soledad y 5,7% (4) tienen problemas en su imagen corporal. (Gráfico 1). Las Razones referidas a los problemas de jubilación están dadas por: “el salario es reducido” (41,4%), “les causa nostalgia” (30%) y “retiro de toda actividad laboral” (11.4%); en cuanto a soledad expresaron los AM que viven solos: “nadie lo visita” y “muy pocas veces su familia se preocupa por él” (4.3%)“; y para los adultos mayores que viven acompañados: “tienen muy poco apoyo familiar” (4.3%) y “se sienten solos” (2,9%); y en lo referente a la imagen corporal: “les da envidia de ver a otra persona más joven” (2.9%), “quisiera ser joven como antes” y “no soy atractivo” (1.4%). (Anexo H)

Referente a los problemas psicosociales según sexo se observa que: Del sexo femenino, 58.7% (27) presenta jubilación, 32.6% (15) soledad y 4.3% (2) imagen corporal. Del sexo masculino, 54.2% (13) presenta el problema de soledad, 50% (12) jubilación y 8.3% (2) imagen corporal. (Gráfico 2)

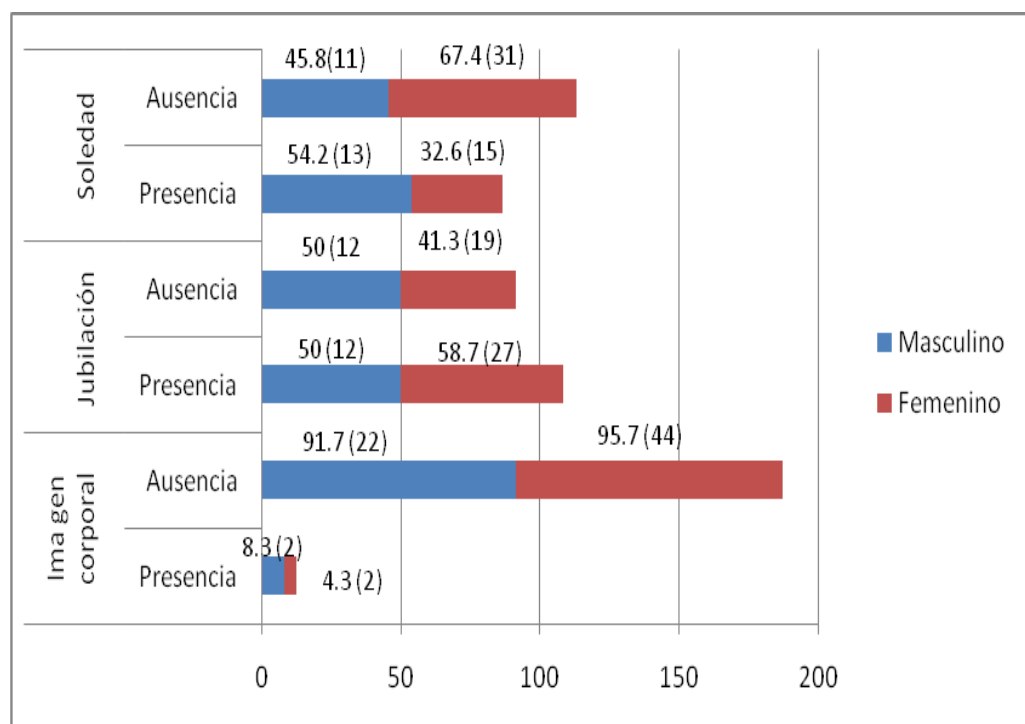
Gráfico N° 1
Problemas Psicosociales en el adulto mayor
en el Centro del Adulto Mayor Rímac.
Lima-Perú.
2010.



Fuente: Instrumento aplicado a adultos mayores del CAM Rímac – 2010.

En relación a los problemas psicosociales según edad se evidencia que: Los AM de 60-75 años de edad, el 60.5%(23) tienen problema de la jubilación, 26.3% (10) soledad y 5.3% (2) imagen corporal. Los AM de 75 a más años, 56.3% (10) expresan soledad, 50% (16) jubilación y 6.3% (2) imagen corporal (Gráfico 3).

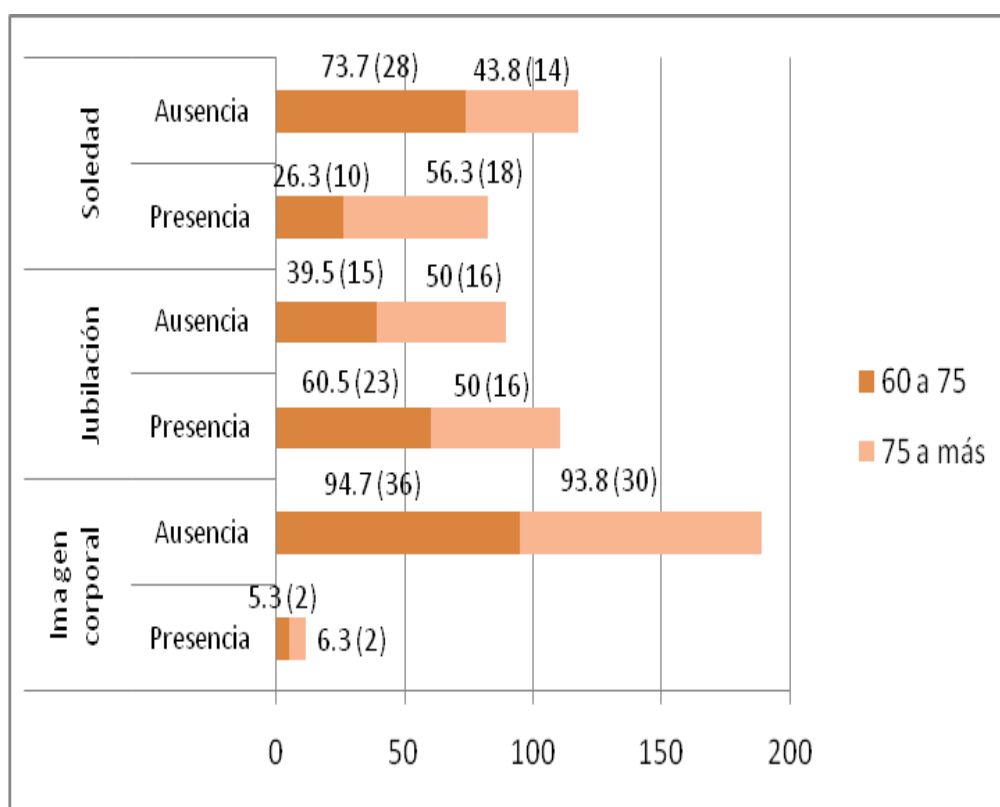
Gráfico N° 2
Problemas psicosociales en el adulto mayor según sexo
en el Centro del Adulto Mayor Rímac.
Lima-Perú.
2010.



Fuente: Instrumento aplicado a adultos mayores del CAM Rímac – 2010.

Referente a las estrategias de afrontamiento, del 100% (70), 50% (35) las utilizan a veces, 27.1% (19) nunca y 22.9% (16) siempre. (Gráfico 4).

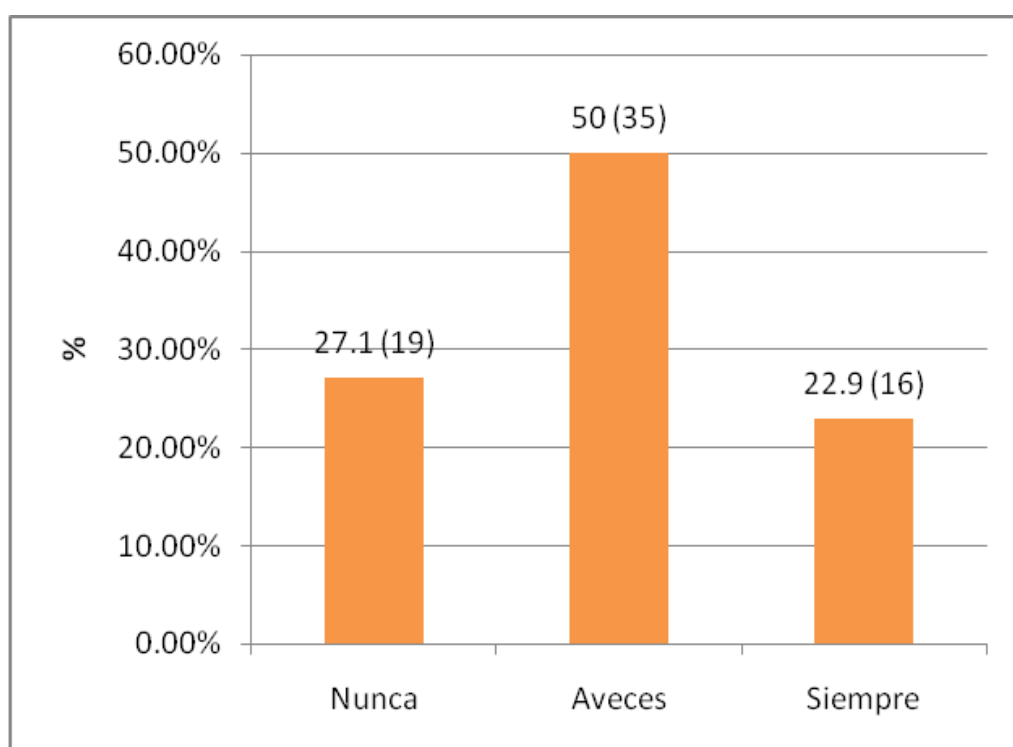
Gráfico N° 3
Problemas psicosociales en el adulto mayor según edad
en el Centro del Adulto Mayor Rímac.
Lima-Perú.
2010.



Fuente: Instrumento aplicado a adultos mayores del CAM Rímac – 2010.

En relación a las estrategias de afrontamiento centrado en la solución del problema: de “planificación”, se observa que el 87.5% de AM indican utilizarlo “a veces” y el 12.5% “nunca”, a diferencia de las AM que refieren aplicar “a veces” el 67.4% y “nunca” el 32.6%. Referente a la estrategia de afrontamiento de “confrontación” los AM

Gráfico N° 4
Estrategias de afrontamiento que utiliza el adulto mayor
en el Centro del Adulto Mayor Rímac.
Lima-Perú
2010



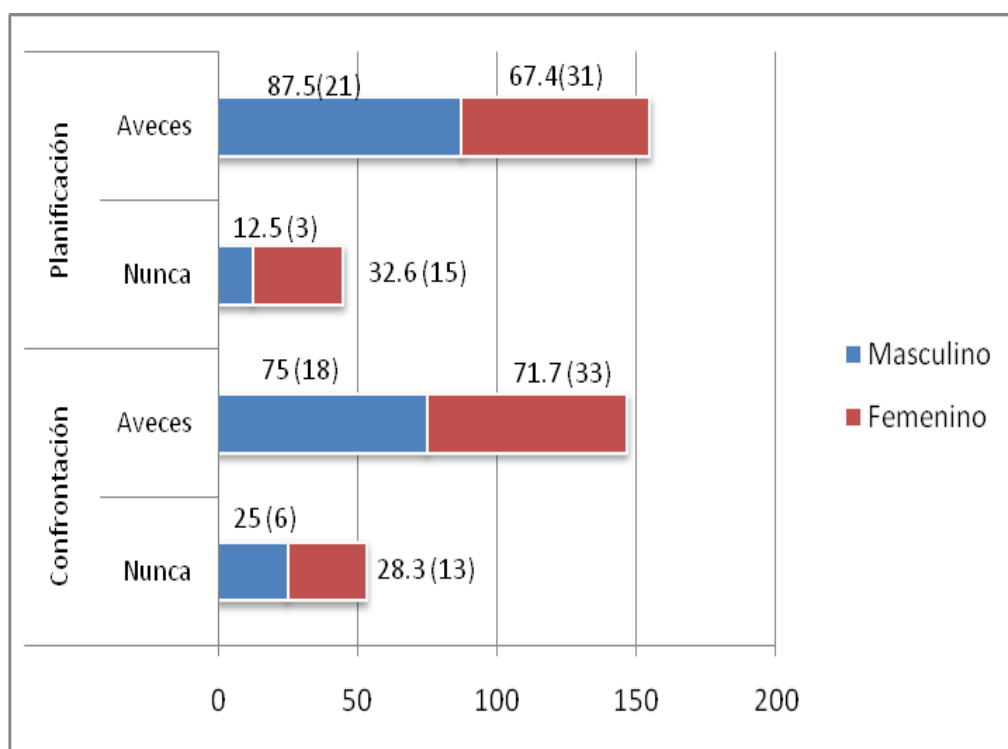
Fuente: Instrumento aplicado a adultos mayores del CAM Rímac – 2010.

sostienen utilizar “a veces” en un 75% y “nunca” el 25%: en cambio el 71.1% de las AM indican usar “a veces” y el 28.3% “nunca”. (Gráfico 5)

En relación a las estrategias de afrontamiento centradas en la solución del problema: de “confrontación”, se observa que el 78.9% de

Gráfico N° 5

Estrategias de afrontamiento que utiliza en adulto mayor según la dimensión Modo de afrontamiento centrado en la solución del problema según sexo en el Centro del Adulto Mayor Rímac. Lima-Perú. 2010.

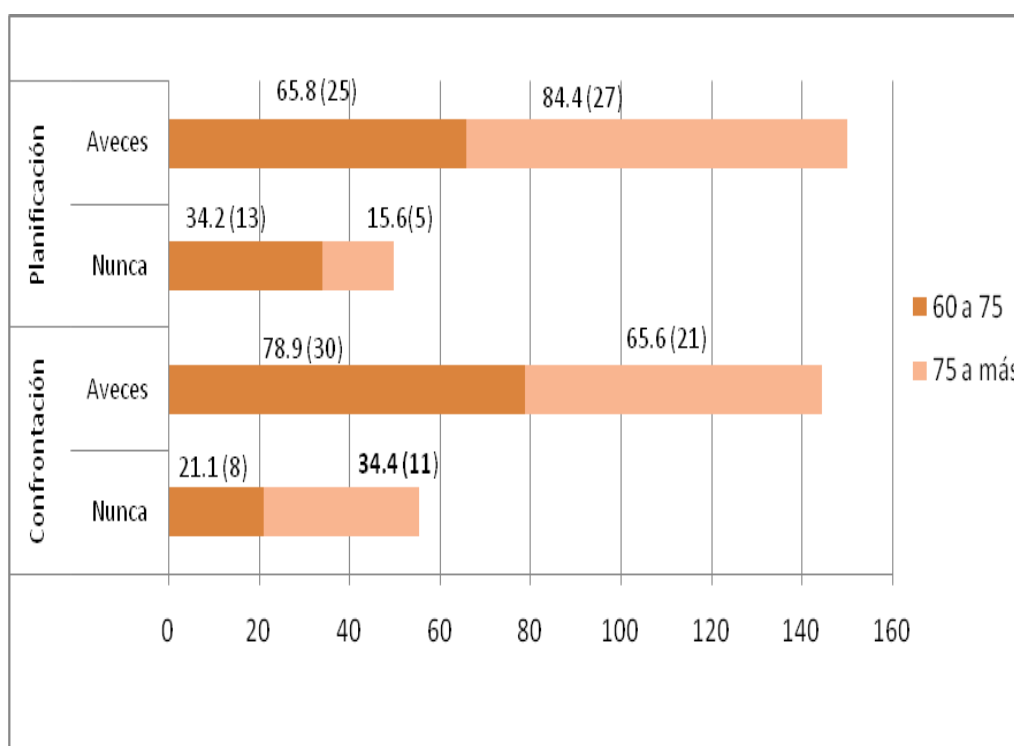


Fuente: Instrumento aplicado a adultos mayores del CAM Rímac – 2010.

AM de 60-75 años de edad indican utilizarlo “a veces” y el 21.1 % “nunca”, a diferencia de los AM de 75 años a más que refieren aplicar “a veces” el 65.6% y “nunca” el 34.4%. Referente a la estrategia de “planificación” los AM de 60-75 años de edad sostienen utilizar

Gráfico N° 6

**Estrategias de afrontamiento que utiliza en adulto mayor según la
dimensión Modo de afrontamiento centrado en la
solución del problema según edad en el Centro
del Adulto Mayor Rímac
Lima-Perú.
2010.**



Fuente: Instrumento aplicado a adultos mayores del CAM Rímac – 2010.

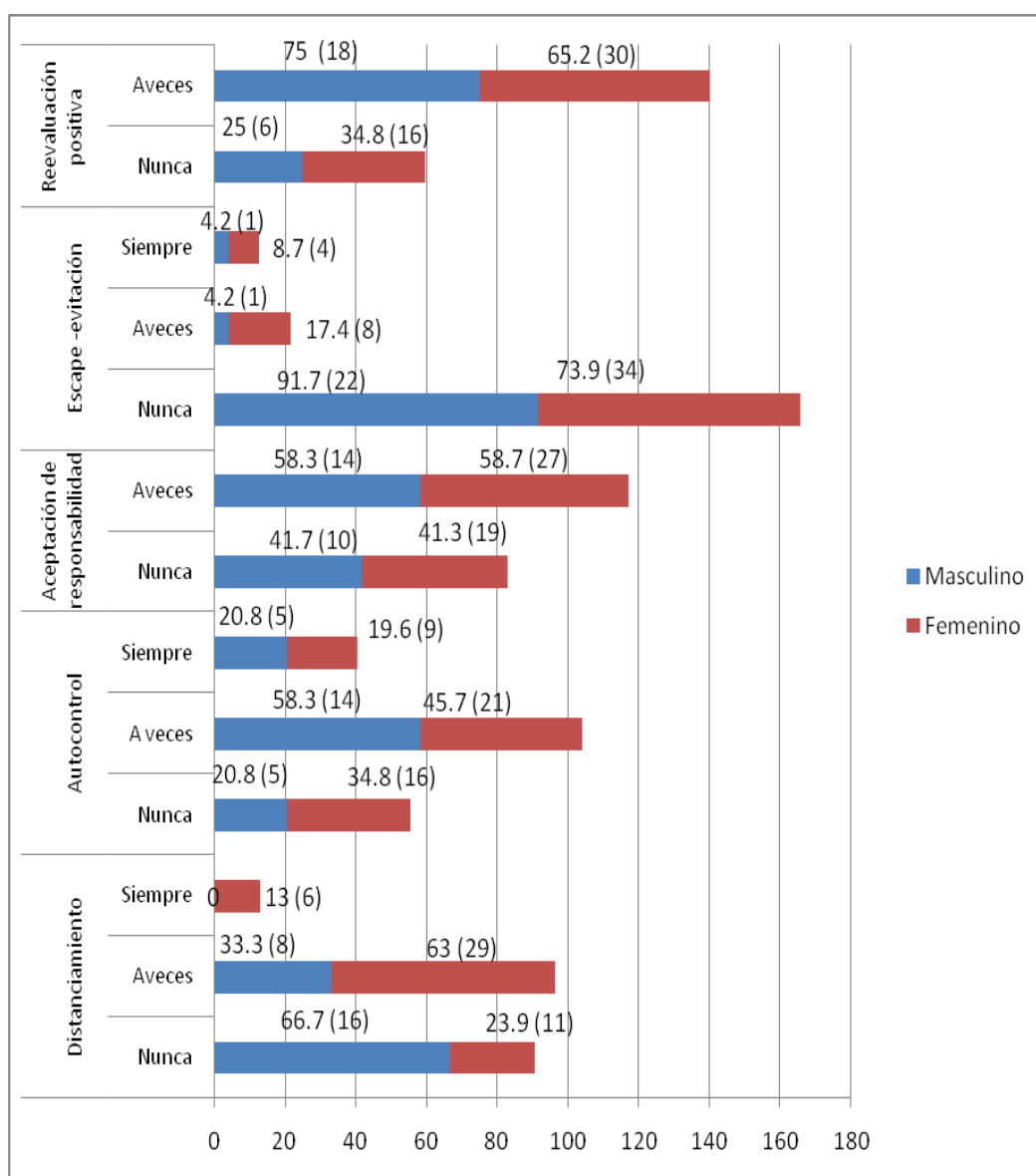
“a veces” en un 65.8% y “nunca” el 34.2%: en cambio el 84.4% de los AM de 75 a más años indican usar “a veces” y el 15.6 % “nunca”. (Gráfico 6).

Referente a las estrategias de afrontamiento de regulación emocional los AM refieren que “nunca” utilizan la estrategia de afrontamiento de escape-evitación (91.7%), distanciamiento (66.7%), aceptación de responsabilidad(41.7%), reevaluación positiva (25%) y autocontrol (20.8%); “a veces” usan la reevaluación positiva (75%), la aceptación de responsabilidad y autocontrol (58.3%),distanciamiento (33.3%) y escape-evitación (4.2%); y “siempre” el autocontrol (20.8%) y escape-evitación (4.2%). En cambio las AM refieren que “nunca” usan la estrategia de afrontamiento de escape-evitación (73.9%), aceptación de responsabilidad (41.3%), autocontrol y reevaluación positiva (34.8%) y distanciamiento (23.9%); “a veces” la reevaluación positiva (65.2%) y el distanciamiento (63%), aceptación de responsabilidad (58.7%), autocontrol (45.7%) escape-evitación (17.4%); y “siempre” el autocontrol (19.6%), distanciamiento (13 %) y escape- evitación (8.7%).(Gráfico 7).

Referente a las estrategias de afrontamiento de regulación emocional los AM de 60-75 años de edad refieren que “nunca” utilizan la estrategia de afrontamiento de escape-evitación (84.2%), aceptación de responsabilidad(36.8%), distanciamiento y autocontrol (31.6%) y reevaluación positiva (28.9%); “a veces” usan la reevaluación positiva (71.1%), la aceptación de responsabilidad (63.2%), distanciamiento

Gráfico N° 7

Estrategias de afrontamiento que utiliza adulto mayor según la dimensión Modo de afrontamiento centrado en la regulación emocional según sexo en el Centro del Adulto Mayor Rímac Lima-Perú 2010.



Fuente: Instrumento aplicado a adultos mayores del CAM Rímac – 2010.

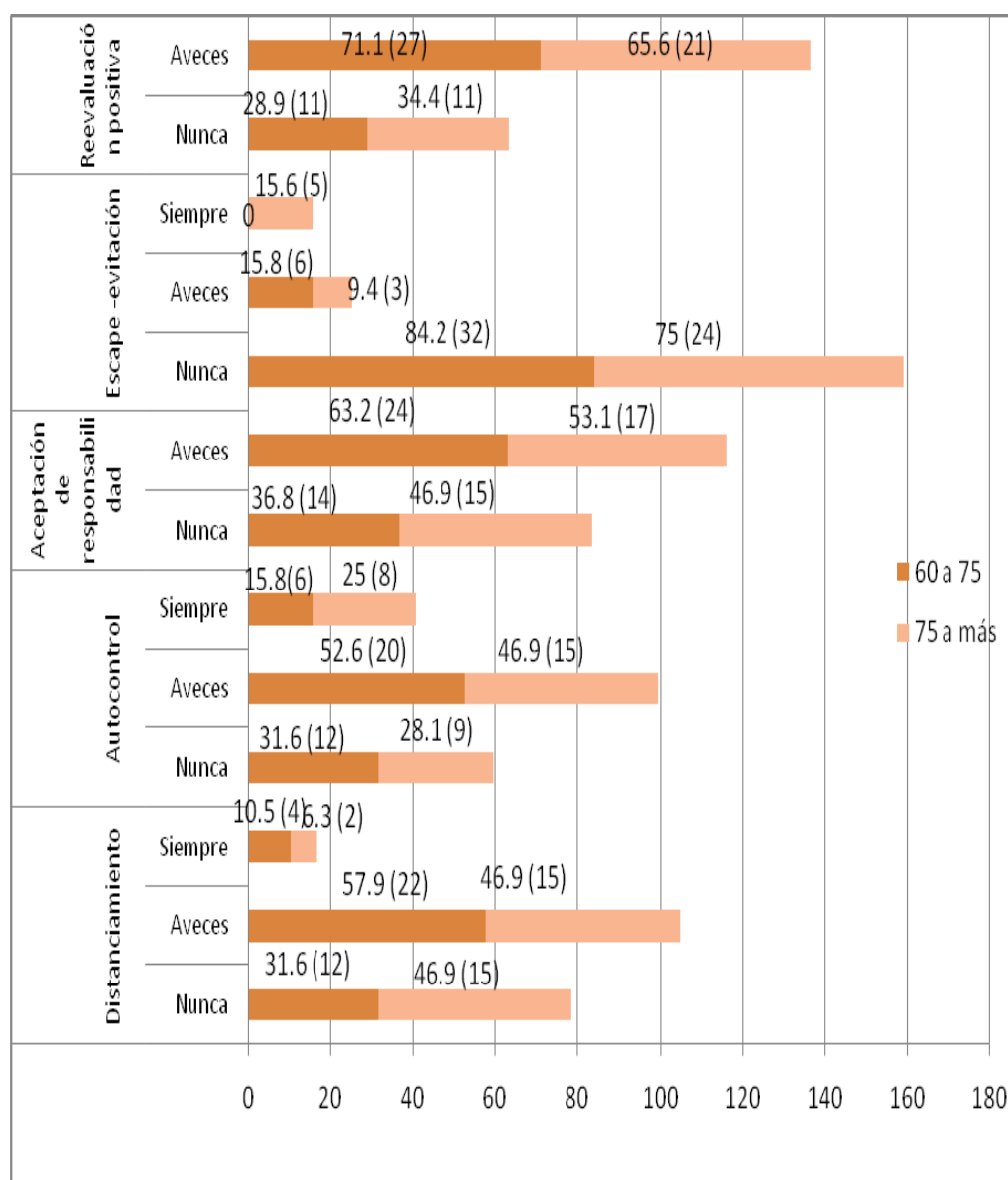
(57.9%), autocontrol (52.6%) y escape-evitación (15.8%); y “siempre” el autocontrol (15.8%) y distanciamiento (10.5%). En cambio los AM de 75 años a más refieren que “nunca” usan la estrategia de afrontamiento de escape-evitación (75%), aceptación de responsabilidad y distanciamiento (46.9%), reevaluación positiva (34.4%) y autocontrol (28%); “a veces” la reevaluación positiva (65.6%), aceptación de responsabilidad (53.1%), distanciamiento y autocontrol (46.9%) y escape-evitación (9.4%); y “siempre” el autocontrol (25%), escape-evitación (15.6%) y distanciamiento (6.3 %). (Gráfico 8).

Según la estrategia de afrontamiento de “Búsqueda de apoyo social”, centrado en la solución del problema y regulación emocional, se observa que el 58,3% de AM del sexo masculino indican utilizarlo “a veces”, el 29.2 % “nunca” y 12.5% “siempre”, a diferencia de las AM del sexo femenino que refieren aplicar “a veces” 41,3%, “nunca” el 30.4% y “siempre” el 28.3%. (Gráfico 9).

Según la estrategia de afrontamiento de “Búsqueda de apoyo social”, centrado en la solución del problema y regulación emocional, se observa que el 47.4% de AM de 60 a 75 años de edad indican utilizarlo “a veces”, el 31.6 % “nunca” y 21.1% “siempre”, a diferencia de los AM

Gráfico N° 8

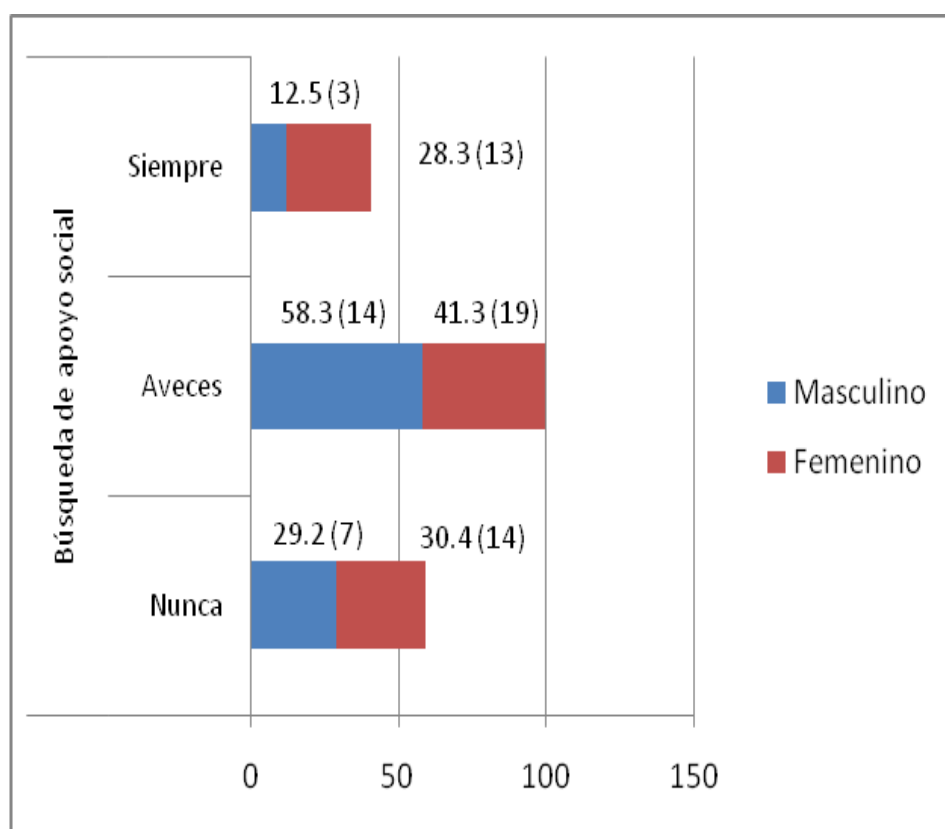
Estrategias de afrontamiento que utiliza adulto mayor según la dimensión Modo de afrontamiento centrado en la regulación emocional según edad en el Centro del Adulto Mayor Rímac Lima-Perú 2010.



Fuente: Instrumento aplicado a adultos mayores del CAM Rímac – 2010

Gráfico N° 9

**Estrategias de afrontamiento que utiliza el adulto mayor según la
dimensión Modo de afrontamiento centrado en la solución
del problema y regulación emocional según sexo
en el Centro del Adulto Mayor Rímac
Lima-Perú.
2010**

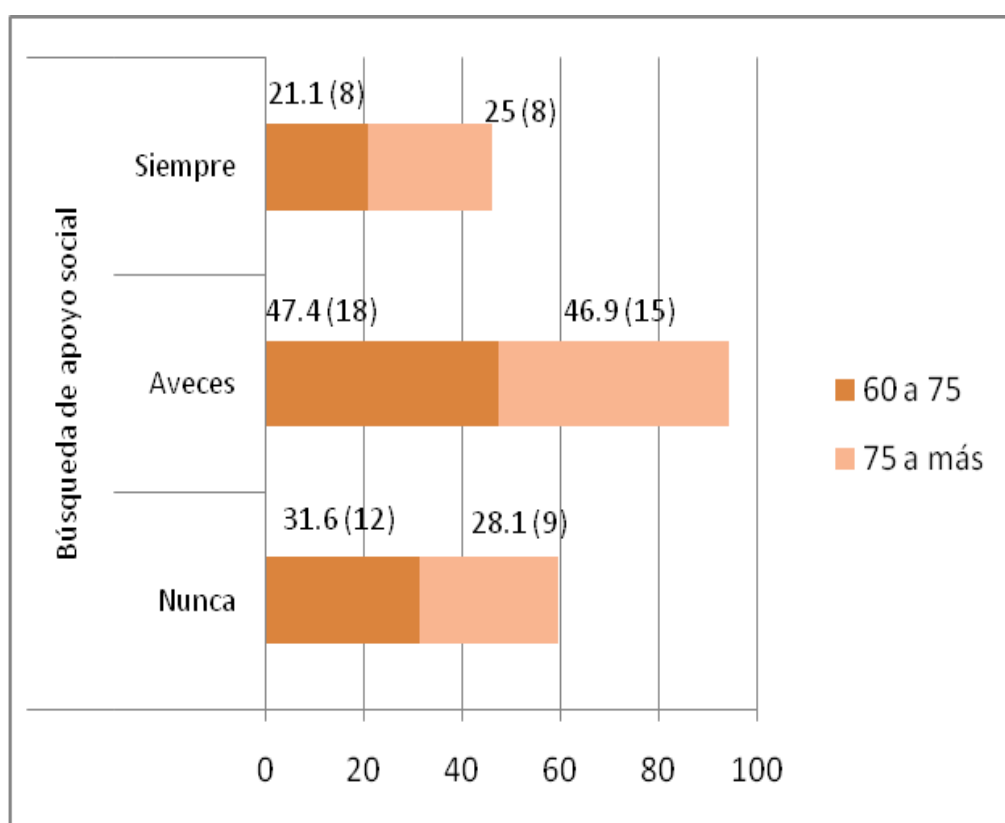


Fuente: Instrumento aplicado a adultos mayores del CAM Rímac – 2010.

de 75 años a más que refieren aplicar “a veces” 46.9%, “nunca” el 28.1% y “siempre” el 25%. (Gráfico 10).

Gráfico N° 10

**Estrategias de afrontamiento que utiliza el adulto mayor según la
dimensión Modo de afrontamiento centrado en la solución
del problema y regulación emocional según edad
en el Centro del Adulto Mayor Rímac
Lima-Perú.
2010**



Fuente: Instrumento aplicado a adultos mayores del CAM Rímac – 2010.

B. DISCUSIÓN.

En la actualidad, el envejecimiento se ha asociado como una imagen negativa del ser humano lo cual genera problemas psicosociales en el adulto mayor, representando una amenaza para su integridad y calidad de vida y frente a esta realidad el adulto mayor utiliza diversas estrategias de afrontamiento para manejarla y/o neutralizarla, con el fin de poder lidiar los problemas psicosociales y así recuperar y mantener su bienestar emocional y rol social.

La jubilación (a partir de los 65 años de edad) es uno de los cambios de estatus más significativos de la vejez: el sujeto debe afrontar la pérdida de la rutina diaria, el grupo social al que pertenece y las funciones que cumple en la sociedad; esto, sumado a una eventual pérdida de ingresos, de compañeros de trabajo, y al desajuste entre las fantasías de la jubilación y lo real, conduce a que la satisfacción vital tienda a disminuir, ya que pueden sentir que han sido despojados de sus vidas o que han abandonado el único estilo de vivirla de manera realmente importante, valiosa y productiva.

La jubilación es el problema psicosocial que más aqueja a los adultos mayores, sobre todo en el sexo femenino y el grupo

comprendido entre 60-75 años de edad. Según opinión la mayoría de adultos mayores no se sienten bien con la jubilación debido a las siguientes causas: al salario reducido, presencia de nostalgia y retiro de toda actividad laboral, ellos mencionan que “no alcanza el dinero”, “que no es justo por tantos años de servicios” y que “causa vergüenza”.

Algunos autores refieren que la mujer es más vulnerable a aceptar la jubilación (al recibir salarios menores que los hombres les brinda menor seguridad financiera al momento de la jubilación); sin embargo, es la que más fácilmente puede llegar a adaptarse, ya que en su ambiente familiar sigue siendo la que lleva el liderazgo doméstico (San Martín y Pastor, 1990; Buendía, 1994). Caso contrario en el hombre, el cual a pesar de que pasa largas horas en su casa, y de que sigue siendo la cabeza de la familia ante la sociedad, no es el que lleva tal liderazgo, y por lo tanto sufre más el ser jubilado. Según, Sonia Fernández Brañas en su estudio “Factores psicosociales presentes en la tercera edad” (2001) llegó a la conclusión de que el 95% de los adultos mayores presenta inadaptación a la jubilación, constituyendo un acontecimiento vital que requiere ajustes por parte del individuo, pues disminuyen los contactos sociales y afecta más al hombre que a la mujer.

La soledad es una experiencia subjetiva que se produce cuando no estamos satisfechos o cuando nuestras relaciones no son suficientes o no son como esperaríamos que fueran. La soledad es una condición de malestar emocional y que surge cuando una persona se siente incomprendida o rechazada por otros o carece de compañía para las actividades deseadas, tanto físicas como intelectuales o para lograr intimidad emocional. Así mismo cuando una persona busca a alguien y descubre que nadie está disponible para ella, que nadie satisface sus necesidades (de cualquier naturaleza), que nadie se ocupa de ella en un sentido singular y profundo, que a nadie le importa directa y verdaderamente, o que no hay nadie buscándola o esperándola, se inunda de pena y vacío. José Carlos Bermejo afirma que puede ocurrir la soledad incluso estando en compañía.

El segundo problema que afecta a los adultos mayores es el de la soledad predominando en los adultos mayores de sexo masculino y dentro del grupo de 75 a más años de edad. Los motivos que manifestaron para no sentirse feliz viviendo solos y/o acompañados son: nadie lo visita, muy pocas veces la familia se preocupa por él; tiene poco apoyo de la familia y se siente solo a pesar de vivir acompañado (esposa, hijos nietos, yerno, nuera) y entre otras razones refieren: “parecen extraños” “no prestan atención”, dan muchos problemas” “cuando vivía solo era más independiente, dormía

y comía más”, mi yerno no conversa mucho”, “no me siento bien viviendo con mi yerno porque no se comporta bien”.

Según un estudio de la Universidad de Michigan, el 60 % de las personas de 70 años o mayores de edad sienten alguna forma de soledad, lo que concuerda con los resultados hallados. Y con respecto al género (predominó en el sexo masculino) concuerda con un estudio “La soledad es más frecuente en mujeres mayores, pero *suele ser más intensa y mas temida por los hombres mayores*, debido a la dificultad en el manejo de actividades domésticas, al menos en estas generaciones de personas mayores donde los papeles productivos y domésticos han estado muy diferenciados por sexo”.

La Imagen Corporal es definida como la representación del cuerpo que cada persona construye en su mente. Esta representación mental o idea subjetiva que cada individuo tiene de su organismo, contribuye al fortalecimiento de imaginarios, emociones, habilidades sociales y competencias dentro del ámbito social y personal. Es por ellos que la imagen corporal es una experiencia psicológica multidimensional relacionada con el aspecto físico que influye profundamente en la calidad de vida del individuo.

Una escasa proporción de adultos mayores presenta el problema psicosocial de imagen corporal, hallándose en ambos sexos y sin diferencia con el grupo de edad. Las opiniones que los adultos mayores refirieron fueron: “quisiera ser joven”, “me da envidia ver a otra persona más joven”; “no soy atractivo”; “no me siento sano”: “con los años me pongo más negativa, por eso no me gusta decir mi edad” ; “yo solamente me río y no digo mi edad porque no me gusta”.

Estos datos confirman que los cambios corporales no son aceptados de la misma manera por todos los involucrados, así mismo se hace más profundo en quienes dieron mayor importancia a su apariencia física, así mismo se encuentra la popular actitud de bajarse la edad sobre todo en el sexo femenino. Las investigaciones demuestran la existencia de diferencias de género al abordar el estudio de la Imagen Corporal y el envejecimiento, Pliner observó que las mujeres de diferentes rangos de edad se preocupan más que los hombres por el aspecto físico y el peso corporal. Feingold y Mazzela observaron que los hombres, en general, se sienten atractivos o refieren estar satisfechos con sus cuerpos a pesar de la edad, mientras que las mujeres afirman estar menos satisfechas. Sin embargo, los resultados obtenidos con los estudios encontrados demuestran que tanto en el sexo masculino como el femenino y de ambos grupos

etáreos no se encuentran satisfechos con su imagen corporal siendo esto hallado en un porcentaje mínimo de adultos mayores.

Los riesgos a la que están expuestos los adultos mayores si los problemas psicosociales no son manejados acertadamente puede afectar a nivel psicológico, social y conllevar a problemas de salud, tales como, el estrés para quienes constituyen la jubilación, soledad e imagen corporal como problema que tiene implicaciones negativas, puede surgir sentimientos de pérdida de valor personal, disminución de las relaciones sociales, del control sobre uno mismo, la baja autoestima, que puede ser la antesala a otros problemas como la depresión, el alcoholismo o ideas suicidas o pueden descubrir que enfermar es una solución para su soledad o lo que están viviendo y las propias molestias pueden convertirse en el centro de su atención y en la estrategia para atraer a sí a las personas.

Las estrategias de afrontamiento se definen como respuestas o conjuntos de respuestas ante la situación estresante, ejecutadas para manejarlas y/o neutralizarlas. Existen en realidad muchas estrategias posibles de afrontamiento que puede manejar un individuo. El uso de unas u otras en buena medida suele estar determinado por la naturaleza del estresor y las circunstancias en las que se produce. Según la escala de *Modos de Afrontamiento (Ways of Coping, WOC)* de Folkman y Lazarus (1985), cubre ocho estrategias diferentes. Las

dos primeras centradas en el modo de solución del problema – Confrontación y Planificación; las cinco siguientes en el modo de Regulación emocional- Distanciamiento, autocontrol, aceptación de responsabilidad, escape-evitación y reevaluación positiva; y la última centrada en el modo de resolución del problema y regulación emocional- búsqueda de apoyo social.

La mayoría de los adultos mayores utilizan a veces las estrategias de afrontamiento, seguido de nunca y una menor proporción siempre. La mayor proporción de adultos mayores según sexo y edad utiliza a veces el modo de afrontamiento centrado en la solución del problema lo que pone en manifiesto que los adultos mayores se dirigen directamente a manejar el problema que está causando el malestar. Las estrategias de afrontamiento más utilizadas fueron la planificación y confrontación, siendo las más socorridas por los adultos mayores de sexo masculino y el grupo de 75 a más años de edad la estrategia de afrontamiento de planificación (planificar y desarrollar estrategias para solucionar el problema) y por el sexo femenino y el rango comprendido entre 60-75 años de edad la estrategia de afrontamiento de confrontación (intentos de solucionar directamente la situación mediante acciones directas, agresivas, o potencialmente arriesgadas). Un porcentaje menor de adultos mayores utilizan a veces el modo de afrontamiento centrado en la regulación

emocional, en la que predomina la estrategia de afrontamiento de reevaluación positiva que consiste en percibir los posibles aspectos positivos que tenga o haya tenido la situación estresante, y es utilizado tanto por los adultos mayores de sexo femenino y masculino y sin diferencia en los grupos de edad. Finalmente, existe en menor proporción adultos mayores de ambos sexos y grupos étnicos que utilizan a veces el modo de afrontamiento centrado en la solución del problema y regulación emocional- estrategia de afrontamiento de búsqueda de apoyo social, que se enfoca en acudir a otras personas (amigos, familiares, etc.) para buscar ayuda, información o también comprensión y apoyo emocional.

Estos datos concuerdan con los obtenidos por Ana Gonzales Lucia “Calidad de vida y estrategias de afrontamiento ante problemas y enfermedades en ancianos de ciudad de México”, quien observó que las estrategias de afrontamiento son muy variadas, incluso en una misma situación pueden utilizarse varias de estas con éxito, ya que no existe una estrategia adaptativa única en todas las ocasiones, sino que éstas varían en función de los distintos objetivos de la persona. Los resultados que ella halló fueron: el estilo de afrontamiento usada con mayor frecuencia fue aquella orientada al problema o conducta (56%) las cuales se refieren a las conductas dirigidas a confrontar la calidad y la estrategia la reapreciación positiva, manejando sus consecuencias.

Otro estudio realizado por Josefa Ventura Castillo “Afrontamiento y vulnerabilidad al estrés en familiares de pacientes con conductas adictivas, 2004, halló que el método de afrontamiento más utilizado fue el centrado al problema y la forma utilizada, la búsqueda de apoyo social.

El uso poco frecuente de las estrategias de afrontamiento utilizado por los adultos mayores puede estar condicionando a diversos factores como: la personalidad, el medio social, la influencia de la cultura ,la educación, la naturaleza de la situación, la actuación de otros factores estresantes simultáneos, la disponibilidad de tiempo, educación, dinero, calidad de vida, el apoyo social de sentirse querido, protegido y valorado por otras personas cercanas en quien poder confiar (pareja, familiares o amigos) y no en la red social “física”, o número de personas cercanas disponibles. Las consecuencias que podría darse si los adultos mayores no utilizan adecuadamente las estrategias de afrontamiento no se podría manejar la situación estresante produciendo resultados o consecuencias negativas para el bienestar y la salud de los adultos mayores.

CAPITULO IV

CONCLUSIONES, LIMITACIONES Y RECOMENDACIONES

A. CONCLUSIONES

Las conclusiones derivadas del estudio fueron:

- La mayoría de los adultos mayores tienen el problema de jubilación, seguido de soledad y por último imagen corporal. La mayor proporción de adultos mayores utilizan a veces las estrategias de afrontamiento, seguido de nunca y una menor proporción siempre.
- El problema psicosocial de jubilación afecta a la mayoría de los adultos mayores sobre todo en el sexo femenino y el grupo comprendido entre 60-75 años de edad. Siendo el salario o ingreso reducido, la nostalgia y el retiro de toda actividad laboral las principales causas por la que no se sienten bien con la jubilación. El segundo problema que afecta a los adultos mayores es el de soledad, siendo los más afectados el sexo masculino y el grupo de edad comprendido entre 75 a más años de edad. Y la causa principal de ello ya sea viviendo solos o

acompañados fue: nadie los visita, muy pocas veces la familia se preocupa por él, tiene poco apoyo familiar y se sienten solos a pesar de vivir acompañado. El problema psicosocial de imagen corporal afecta a una mínima proporción de los adultos mayores afectando a ambos sexos y sin diferencia con el grupo de edad. Las causas que refirieron fueron: “quisiera ser joven”, “me da envidia ver a otra persona más joven”; “no soy atractivo”; “no me siento sano”: “con los años me pongo más negativa, por eso no me gusta decir mi edad”; “yo solamente me río y no digo mi edad porque no me gusta”.

- La mayoría de adultos mayores utiliza a veces las estrategias de afrontamiento centradas en el modo de afrontamiento de solución del problema, siendo la estrategia de planificación la más socorridas por los adultos mayores de sexo masculino y el grupo de 75 a más años de edad y la estrategia de afrontamiento de confrontación por el sexo femenino y el rango comprendido entre 60-75 años de edad.
- Una moderada cantidad de adultos mayores utilizan a veces el modo de afrontamiento centrado en la regulación emocional,

predominando la estrategia de afrontamiento de reevaluación positiva en ambos sexos y grupos étnicos.

- El modo centrado en la solución del problema y regulación emocional, estrategia de afrontamiento de búsqueda de apoyo social, es la que menor proporción de adultos mayores de ambos sexos y grupos étnicos a veces la utiliza.

B. LIMITACIONES

La limitación del estudio esta dada porque:

- Los resultados del presente estudio se limitan al ámbito de aplicación.

C. RECOMENDACIONES

Las recomendaciones derivadas de estudio esta dado por:

- Que el Centro del Adulto Mayor Rímac considere los resultados hallados sobre los problemas psicosociales y diseñe programas, consejería, charlas educativas y/o talleres a los adultos mayores con el fin de recuperar el bienestar emocional y rol social al

adulto mayor fortaleciendo las estrategias de afrontamiento frente al proceso de envejecimiento.

- Realizar otros estudios referentes a los problemas psicosociales de los adultos mayores en otras poblaciones y realidades para tener un conocimiento más real y concluyente.
- Realizar estudios con un enfoque cualitativo que nos permita identificar los factores que estarían interviniendo en el uso de estrategias de afrontamiento.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

(1) INEI. Población censada por grupo etáreo.

<http://www1.inei.gob.pe/perucifrasHTM/infdem/cuadro.asp?cod=3646&name=po06&ext=gif> (online)

(2)(4) Pamela Babb. Manual de Enfermería Gerontológica. 2ª Edición Editorial Mc Graw Hill Interamericana 1998, pág. 3,4.

(3)(25)(26)(27)(29)(32)(33)(38)(39) Rosemary Bustamante. La tercera edad y sus problemas psicosociales. Lima. 1997, pág. 52-58

(4) Lilia Mendoza Martínez. Proceso de envejecimiento. Capítulo 11. Aspectos Psicológicos. Parte II, pág. 50-53

(5) Sonia Fernández Brañas, "Factores psicosociales presentes en la tercera edad". 2001.

<http://scielo.sld.cu/pdf/hie/v39n2/hie01201.pdf> (online)

(6) Ana Gonzales Lucia, "Calidad de vida y estrategias de afrontamiento ante problemas y enfermedades en ancianos de ciudad de México" 2006

<http://redalyc.uaemex.mx/pdf/647/64750306.pdf> (online)

(7) Josefa Ventura Castillo. "Afrontamiento y vulnerabilidad al estrés en familiares de pacientes con conductas adictivas, 2004.

http://www.psiquiatria.com/imgdb/archivo_doc9020.pdf (online)

(8) Luis De La Cruz Vílchez. "Afrontamiento al estrés en personas hipertensas del Centro del Adulto Mayor de Lima Cercado"2003.

http://www.cybertesis.edu.pe/sisbib/2003/delacruz_vl/pdf/delacruz_vl.pdf

(9)(10) Rafael Lozano y Julio Frenk. El envejecimiento: sus desafíos y esperanza. Aspectos sociomédicos del envejecimiento. . México. Siglo XXI Editores, s.a de C.V. 1999

(11)(12)(13)(14)(15)(16)(17) Norma Tamer. El envejecimiento humano y sus derivaciones pedagógicas. Capítulo I. La problemática del envejecimiento humano :implicaciones y trascendencia psicosocio-política y cultural. Argentina. Editorial Interamer. OEA.1995. Pág.3-6

(18) (20) (21) (22) (23) Dolores Ortiz de la Huerta. Gerontología al día. Perspectiva sociológica. 2007.

(19) Miguel Krassoievitch. Psicoterapia geriátrica. Colección de Psicología psiquiátrica y psicoanálisis. México. Pág. 27-34

(20) Liliana Pantano. La discapacidad como problema social. Buenos Aires. Eudeba. 1993. Pág. 85

(27)(28)(30)(31) Iris Luna Montañó. Imagen corporal y envejecimiento. Avances de psiquiatría biológica. Vol. 9. 2008. Pág. 61, 62, 65,66.

(34)(35)(36). Adriana Chercover. Tema: Vejez, jubilación y el mito social.

<http://www.psicomundo.com/tiempo/monografias/jubilacion.htm> (online)

(37) Carolina Aranda, Manuel Pando. Jubilación, trastornos psicológicos y redes sociales de apoyo en el adulto mayor jubilado. Guadalajara. México. 2002.

http://www.nexusediciones.com/pdf/psiqui2002_3/ps-29-3-004.pdf

(40) Buscador: Google. Tema: Documentación especial de soledad.

<http://www.imsersomayores.csic.es/documentacion/especiales/soledad/pyr.html#7> (online)

(41) Vázquez Valverde, C y colaboradores. Estrategias de afrontamiento. pág. 425-431

http://www.ucm.es/info/psisalud/carmelo/PUBLICACIONES_pdf/2000-Estrategias%20de%20Afrontamiento.pdf (online)

(42)(43)(44)(46) (47) (48)(49) GUTIERREZ, María del Carmen.”Adaptación y cuidado en el ser humano. Una visión de enfermería. Bogotá.Editorial el Manual Moderno.S.A. 2000, pág. 16, 18.

(45) DIAZ de Flores, Leticia. “Aplicación del modelo de adaptación en el ciclo vital humano”. Universidad de La Sabana.Fac. de Enfermería. Bogotá. 2003. Pág.32

BIBLIOGRAFIA

- ARANDA, Carolina, Pando Manuel. Jubilación, trastornos psicológicos y redes sociales de apoyo en el adulto mayor jubilado. Guadalajara, México.2002.
- BABB, Pamela. Manual de Enfermería Gerontológica. 2ªEdición México. Editorial. Mc Graw Hill Interamericana.1998.
- BUSTAMANTE, Rosemary. La tercera edad y sus problemas psicosociales. Lima. 1997.
- DIAZ de Flores, Leticia. “Aplicación del modelo de adaptación en el ciclo vital humano”. Universidad de La Sabana.Fac. de Enfermería. Bogotá. 2003.
- FERNÁNDEZ Brañas, Sonia “Factores psicosociales presentes en la tercera edad”. 2001.
<http://scielo.sld.cu/pdf/hie/v39n2/hie01201.pdf> (online)

- GONZALES Lucia, Ana. "Calidad de vida y estrategias de afrontamiento ante problemas y enfermedades en ancianos de ciudad de México" 2006.
<http://redalyc.uaemex.mx/pdf/647/64750306.pdf> (online)
- GUTIERREZ, María del Carmen."Adaptación y cuidado en el ser humano. Una visión de enfermería. Bogotá. Editorial el Manual Moderno.S.A.. 2000.
- KRASSOIEVITEH, Miguel. Psicoterapia geriátrica. Colección de Psicología psiquiátrica y psicoanálisis. México.
- LOZANO Ortiz, Margarita y colaboradores. "Estrés percibido y adaptación en pacientes con diabetes mellitus tipo 2". 2007
<http://redalyc.uaemex.mx/pdf/741/74170107.pdf> (online)
- LOZANO Rafael y Frenk. Julio. El envejecimiento: sus desafíos y esperanza. Aspectos sociomédicos del envejecimiento. México .Siglo XXI Editores, s.a de C.V. 1999.
- LUNA Montaña, Iris. Imagen corporal y envejecimiento. Avances de psiquiatría biológica. Vol. 9. 2008.

- MENDOZA Martínez, Lilia. Proceso de envejecimiento. Capitulo 11, Aspectos Psicológicos Parte II.
- ORTIZ de la Huerta, Dolores. “Aspectos sociales del envejecimiento” Departamento de Salud Pública. Facultad de Medicina. UNAM. 2ª. Ed. 2007.
- PANTANO, Liliana. La discapacidad como problema social. Buenos Aires Eudeba. 1993.
- TAMER, Norma. El envejecimiento humano y sus derivaciones pedagógicas. Capitulo I. La problemática del envejecimiento humano: implicaciones y trascendencia psicosocio-política y cultural. Argentina Editorial Interamer. OEA.. 1995.
- VARELA Pinedo, Luis Fernando. Geriatría, Diagnostico. Parte I. Peru.2002.
- VÁZQUEZ Valverde, C y colaboradores. Estrategias de afrontamiento.

http://www.ucm.es/info/psisalud/carmelo/PUBLICACIONES_pdf/2000-Estrategias%20de%20Afrontamiento.pdf (online)

- VENTURA Castillo, Josefa. "Afrontamiento y vulnerabilidad al estrés en familiares de pacientes con conductas adictivas, 2004.
http://www.psiquiatria.com/imgdb/archivo_doc9020.pdf (online)

ANEXOS

ÍNDICE DE ANEXOS

ANEXO		Pág.
A	Operacionalización de las variables.	I
B	Instrumento de recolección de datos.	V
C	Selección de la muestra.	XI
D	Tabla de concordancia prueba binomial: juicio de expertos.	XII
E:	Determinación de la validez estadística y confiabilidad del instrumento problemas psicosociales.	XIII
F	Determinación de la validez estadística y confiabilidad del instrumento estrategias de afrontamiento.	XVII
G	Características Sociodemográficas de los Adulto Mayores del CAM Rímac.	XXII
H	Principales causas de los Problemas Psicosociales según opinión de los Adultos	XXIII

Mayores del CAM Rímac.

I	Problemas Psicosociales en el Adulto Mayor del CAM Rímac.	XXIII
J	Problemas psicosociales en el Adulto Mayor según sexo del CAM Rímac.	XXIV
K	Problemas psicosociales en el Adulto Mayor según edad del CAM Rímac.	XXIV
L	Estrategias de afrontamiento que utiliza el adulto mayor del CAM Rímac.	XXV
M	Estrategias de afrontamiento que utiliza el adulto mayor según la dimensión Modo de afrontamiento centrado en la solución del problema según sexo del CAM Rímac.	XXV
N	Estrategias de afrontamiento que utiliza el adulto mayor según la dimensión Modo de afrontamiento centrado en la solución del problema según edad del CAM Rímac.	XXVI

O	Estrategias de afrontamiento que utiliza el adulto mayor según la dimensión Modo de afrontamiento centrado en la regulación emocional según sexo del CAM Rímac.	XXVII
P	Estrategias de afrontamiento que utiliza el adulto mayor según la dimensión Modo de afrontamiento centrado en la regulación emocional según edad del CAM Rímac.	XXVIII
Q	Estrategia de afrontamiento que utiliza el adulto mayor según la dimensión Modo de afrontamiento centrado en la solución del problema y regulación emocional según sexo del CAM Rímac.	XXIX
R	Estrategia de afrontamiento que utiliza el adulto mayor según la dimensión Modo de afrontamiento centrado en la solución del problema y regulación emocional según edad del CAM Rímac	XXIX

ANEXO A

OPERACIONALIZACION DE LA VARIABLE: PROBLEMAS PSICOSOCIALES EN EL ADULTO MAYOR.

VARIABLE	DEFINICION CONCEPTUAL	DIMENSIONES	INDICADORES	VALOR FINAL	DEFINICION OPERACIONAL DE LA VARIABLE
Problemas psicosociales en el adulto mayor.	Respuesta del adulto mayor sobre aquellas condiciones psíquicas o sociales que experimentan o sienten sin necesidad de constituir cuadros clínicos identificables que afectan la salud o configuran situaciones de riesgo en relación a la imagen corporal, jubilación y la soledad.	Imagen corporal	-Aceptación de si mismo. -Rasgos de ansiedad. -Negación de edad cronológica.	Presente.	Respuesta del adulto mayor sobre aquellas condiciones psíquicas o sociales que experimentan o sienten sin necesidad de constituir cuadros clínicos identificables que afectan la salud o configuran situaciones de riesgo; en relación con la imagen corporal, jubilación y soledad; los cuales adoptarán un valor final de
		Jubilación	-Reducción del salario -Adaptación a un nuevo rol. -Pérdida de contactos sociales. -Pérdida de la identificación personal. -Libertad para realizar proyectos, viajar. -Sentimientos de productividad y capacidad de brindar servicios. -Inactividad/ Inutilidad.	Ausente.	

		Soledad	<ul style="list-style-type: none"> -Relaciones interpersonales: familiares, amigos -Abandono familiar. -Muerte del cónyuge. 		<p>presente y ausente.</p> <p>La información se recolectará a través de un instrumento tipo cuestionario que será aplicado a los adultos mayores que asisten al Centro del Adulto Mayor Rímac en una sola sesión en un tiempo no mayor de 30 minutos.</p>
--	--	---------	--	--	---

OPERACIONALIZACION DE LA VARIABLE ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO

VARIABLE	DEFINICION CONCEPTUAL	DIMENSIONES	INDICADORES	VALOR FINAL	DEFINICION OPERACIONAL DE LA VARIABLE
Estrategias de afrontamiento frente al proceso de envejecimiento.	<p>Respuesta expresada del adulto mayor sobre las diferentes formas que utilizan para enfrentar una situación que pone en riesgo su tranquilidad (mantener sus procesos vitales y su integridad), estas pueden ser altamente cambiantes dependiendo de las condiciones desencadenantes.</p> <p>Existen estrategias de afrontamiento dirigidos a la resolución del</p>	<p>Modos de afrontamiento de solución de problema.</p> <p>Modos de afrontamiento de regulación emocional.</p>	<p>Confrontación Solución inmediata al problema.</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Acciones directas. ○ Acciones agresivas. ○ Acciones arriesgadas. <p>Planificación Planificar y desarrollar estrategias para solucionar el problema.</p> <p>Distanciamiento Apartarse del problema o evitar que le afecte a uno.</p> <p>Autocontrol Controlar los propios sentimientos y respuestas emocionales.</p> <p>Aceptación de responsabilidad Aceptar la responsabilidad del origen del</p>	<p>Siempre</p> <p>A veces</p> <p>Nunca</p>	<p>Respuesta expresada del adulto mayor sobre las diferentes formas que utilizan para enfrentar una situación que pone en riesgo su tranquilidad (mantener sus procesos vitales y su integridad), estas pueden ser altamente cambiantes dependiendo de las condiciones desencadenantes; según su valor final están clasificados de acuerdo al grado de utilización de las estrategias de afrontamiento: Nunca, a veces y siempre. Para la recolección de los datos se utilizará el instrumento Escala de Modos de Afrontamiento</p>

	problema, regulación emocional o a ambas.	Modos de afrontamiento de solución de problemas y regulación emocional.	<p>problema.</p> <p>Escapa-evitación</p> <p>Escapar del problema.</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Comer. ○ Beber. ○ Usar drogas. ○ Tomar medicamentos. <p>Reevaluación positiva</p> <p>Resaltar los aspectos positivos del problema.</p> <p>Búsqueda de apoyo social:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Amigos, familiares. ○ Información. ○ Apoyo emocional 		del Folkman y Lazarus modificado tipo cuestionario el cual será aplicado a los adultos mayores que asisten al Centro del Adulto Mayor Rímac en una sola sesión en un tiempo no mayor de 30 minutos.
--	--	---	--	--	---

ANEXO B

INSTRUMENTOS

Estimada(o) Sra. (o):

Soy Mayra Gonzales Oré, interna de enfermería de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos, en coordinación con el Centro del Adulto Mayor Rímac estamos indagando los problemas más frecuentes que los adultos mayores presentan y cómo lo enfrentan, con el fin de desarrollar actividades que les permita a ustedes poder sobrellevar de la mejor manera los diversos problemas que podrían presentarse. Por ello le solicito que colabore con el desarrollo de la siguiente encuesta, es anónimo. Le agradezco anticipadamente su valiosa participación.

Instrucciones:

Conteste cada pregunta según como usted lo perciba y sienta. NO HAY RESPUESTAS CORRECTAS O INCORRECTAS. Responder **TODAS** las preguntas por favor.

DATOS GENERALES: Colocar una X en el paréntesis según corresponda

1. Sexo: a) Masculino () b) Femenino () 2. Edad: _____

3. Lugar de nacimiento: _____

4. Escolaridad:

a) Primaria incompleta () b) Primaria completa ()
c) Secundaria incompleta () d) Secundaria completa ()
e) Superior incompleta () f) Superior completa ()

6. Estado Civil: Casado _____ Soltero _____ Viudo _____

Conviviente _____ Divorciado _____

DATOS ESPECIFICOS:

1. ¿Su apariencia física le agrada?

a) Sí ()

b) No ()

¿Porqué? _____

2. ¿Se ve atractivo (a)?

a) Sí ()

b) No ()

¿Porqué? _____

3. ¿Le gusta decir su edad?

a) Sí ()

b) No ()

¿Porqué? _____

4. ¿Usted está jubilado?

a) Si () b) No ()

5. ¿Se siente bien con la jubilación?

a) Si () b) No ()

6. En caso de haber respondido Sí, se debe porque:

a) Tiene mayor libertad para realizar interesantes actividades como: viajar, aprender cosas nuevas, recrearse. ()

b) Se dedica más tiempo a los seres queridos, ayudar a los familiares y amigos en la realización de trámites, arreglos en la casa, ir a buscar a los nietos al colegio, etc. ()

c) Se siente más seguro económicamente. ()

d) Se puede llevar una vida más tranquila y serena. ()

e) Es lo merecido por su vida laboral. ()

f) Otros _____

1. En caso de ser NO, se debe porque:
- a) El salario se ha reducido. ()
 - b) Retiro de toda actividad laboral. ()
 - c) Deja de ser independiente. ()
 - d) Causa nostalgia. ()
 - e) Se vuelve la persona una carga para la familia y la sociedad. ()
 - f) Se pierde autoridad dentro de su grupo familiar. ()
 - g) Causa aburrimiento porque no sabe que hacer con tanto tiempo libre. ()
 - h) Lo asocia a inutilidad. ()
 - i) Otros _____
8. ¿Visita usted a familiares, amigos o vecinos?
- a) Si ()
 - b) No ()
- ¿Por qué? _____
9. Vive usted:
- a) Solo ()
 - b) Acompañado ()
- ¿Con quienes? _____
10. Si usted vive solo, ¿se siente feliz?
- a) Si ()
 - b) No ()
11. Si su respuesta es SI, ¿A qué se debe?
- a) Emplea su tiempo en actividades que le gusta hacer. ()
 - b) Su familia lo visita siempre o frecuentemente. ()
 - c) Tiene el afecto de sus amigos. ()
 - d) No se siente abandonado. ()
 - e) Otros: _____

12. Si su respuesta es NO, ¿A qué se debe?

- a) Nadie lo visita. ()
- b) Muy pocas veces su familia se preocupa por usted. ()
- c) Tiene muy poco apoyo de su familia. ()
- d) Ha perdido a seres queridos. ()
- e) Otros: _____

13. Si usted vive acompañado. ¿Se siente feliz?

- a) Si ()
- b) No ()

14. Si su respuesta es SI, ¿A qué se debe?

- a) Le toman atención. ()
- b) Conversan con usted. ()
- c) Lo escuchan. ()
- d) Tiene el afecto que necesita. ()
- e) Lo sacan a pasear. ()
- f) La familia lo incluye en la toma de decisiones. ()
- g) Otros: _____

15. Si su respuesta es NO, ¿A qué se debe?

- a) Se siente solo. ()
- b) Siente que es una carga o estorbo para ellos. ()
- c) Se paran quejando de usted por las enfermedades que tiene. ()
- d) Tiene poco apoyo familiar. ()
- e) Otros: _____

B.- A continuación se describe una serie de acciones que generalmente uno realiza al enfrentar problemas. **Marque con un aspa (X) la frecuencia que usted realiza de acuerdo a su experiencia personal.**

RECUERDE QUE NO HAY RESPUESTAS CORRECTAS O INCORRECTAS.

Nº	ACCIONES	Siempre	A veces	Nunca
1	¿Cuándo tengo un problema me esfuerzo en solucionarlo?			
2	¿Cuándo tengo un problema actúo directamente sobre él para que no se agrande más?			
3	¿Cuándo tengo un problema lo enfrento?			
4	¿Cuándo tengo un problema sigo paso a paso lo que es necesario hacer para resolverlo?			
5	¿Cuándo tengo un problema pienso en como resolver el problema de la mejor manera?			
6	¿Cuándo tengo un problema trato de ordenar mis ideas para saber qué hacer?			
7	¿Cuándo tengo un problema me rindo con facilidad ante el?			
8	¿Cuándo tengo un problema lo ignoro y sigo con mis actividades?			
9	¿Cuándo tengo un problema hago lo que mas me gusta para pensar menos en el?			
10	¿Cuándo tengo un problema mi cólera interfiere en la toma de mis decisiones?			
11	¿Cuándo tengo un problema me desquito con los demás?			
12	¿Cuándo tengo un problema me pongo de mal humor?			

13	¿Acepto la responsabilidad cuando tengo un problema?			
14	¿Cuándo tengo un problema reconozco este existe?			
15	¿Cuándo tengo un problema pienso que es posible solucionarlo?			
16	¿Cuándo tengo un problema bebo licor?			
17	¿Cuándo tengo un problema tomo pastillas para sentirme mejor?			
18	¿Cuándo tengo un problema me dedico a comer más de lo normal?			
19	¿Cuándo tengo un problema busco alguna enseñanza de lo que me esta sucediendo?			
20	¿Cuándo tengo un problema trato de sacar algo bueno de que lo esta sucediendo?			
21	¿Cuándo tengo un problema pienso positivamente para solucionarlo?			
22	¿Cuándo tengo un problema busco consejo de familiares para saber que hacer?			
23	¿Cuándo tengo un problema consigo el apoyo de otras personas?			
24	¿Cuándo tengo un problema busco consejo de amigos para saber que hacer?			

Muchas Gracias.

ANEXO C

DETERMINACION DE LA MUESTRA.

Para hallar la muestra se empleó la siguiente fórmula:

$$n = \frac{Z^2 \cdot p \cdot q \cdot N}{e^2 \cdot (n-1) + Z^2 \cdot p \cdot q}$$

Mediante esta formulación estadística, se aplicó los datos numéricos y se obtuvo la siguiente muestra:

N: 117; Z: 1.96; p: 0.87; q: 0.13, E: 5%

$$n : \frac{(1.96)^2 * 0.87 * 0.13 * 117}{(0.05)^2 * 116 + (1.96)^2 * 0.87 * 0.13}$$

$$n : \frac{50.8347403}{0.724484}$$

$$n : \frac{50.8347403}{0.724484}$$

$$0.724484$$

$$n: 70.16$$

Finalmente, la muestra quedó constituida por 70 adultos mayores de ambos sexos.

ANEXO D

TABLA DE CONCORDANCIA DE PROBLEMA PSICOSOCIAL Y ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO PRUEBA BINOMIAL: JUICIO DE EXPERTOS

Se consideró 7 expertos a quienes se les entregó un cuestionario de 7 criterios donde evaluaron el instrumento.

Criterios	1	2	3	4	5	6	7	P
1	1	1	1	1	1	1	1	0,008*
2	1	1	1	1	1	1	1	0,008*
3	1	1	1	1	1	1	1	0,008*
4	1	1	1	1	0	1	1	0,04*
5	1	1	1	1	1	1	1	0,008*
6	1	1	1	1	1	1	0	0,04*
7	1	1	1	0	1	1	1	0,04*

* $P < 0.05$ significativo

Positiva =1 (Si)

Negativa =0 (No)

Si $P < 0.05$ la concordancia es significativa.

Se encontró concordancia significativa en los 7 criterios de la evaluación del cuestionario.

Como conclusión del análisis que realizaron los expertos, surgieron algunos cambios del texto de las preguntas dándole mayor disposición y dirección hacia el objetivo del indicador correspondiente.

ANEXO E

VALIDEZ ESTADISTICA Y CONFIABILIDAD DEL INSTRUMENTO

PROBLEMAS PSICOSOCIALES

CONFIABILIDAD DEL INSTRUMENTO

Para determinar la confiabilidad del instrumento se procedió a realizar la prueba a 30 adultos mayores y se midió con el coeficiente de confiabilidad de Kuder Richard (KR20) , cuya fórmula es:

$$KR20 = \frac{K}{K-1} \left(1 - \frac{\sum P_i Q_i}{PQ} \right)$$

Donde:

K: Número de ítems

P_i: Proporción de i

Q_i: Complemento de P

P_iQ_i: Varianza muestral de cada ítems.

PQ: Varianza del total de puntaje de los ítems.

TABLA 1

TABLA MATRIZ DE DATOS

Personas	x1	x2	x3	x5	x8	x10	x13	Suma
1	1	1	1	1	1		1	6
2	1	1	1	1	1		1	6
3	1	1	1	0	1	1		5
4	1	1	1	1	0		1	5
5	1	1	1	1	0	1		5
6	1	1	1	0	1		1	5
7	1	1	1	0	1	1		5
8	1	1	1	1	1		1	6
9	1	1	1	0	1		1	5
10	1	1	1	1	1		1	6
11	1	1	0	1	0		1	4
12	1	1	1	0	1		1	5
13	1	1	1	0	1	1		5
14	1	1	1	0	1	1		5
15	1	1	1	1	0		1	5
16	1	1	1	1	0		1	5
17	1	1	1	1	1		1	6
18	1	1	1	0	1		1	5
19	1	1	1	0	0		1	4
20	1	1	1	1	1		1	6
21	1	1	1	0	1		1	5
22	1	1	1	1	1		1	6
23	1	1	1	1	1		1	6
24	1	1	1	1	1	0	0	5
25	1	1	1	1	1		1	6
26	0	0	1	1	1	0	0	3
27	1	1	1	1	1		1	6
28	1	1	1	1	1		1	6
29	1	1	1	1	1		1	6
30	1	1	1	1	1		1	6
Suma	29	29	29	20	24	5	23	
P	0,97	0,97	0,97	0,67	0,8	0,17	0,77	
Q	0,03	0,03	0,03	0,33	0,2	0,83	0,23	
PiQi	0,03	0,03	0,03	0,22	0,16	0,14	0,18	0,8
PQ	73,6							

Remplazando valores donde $K=7$ y $\sum (P_i Q_i) = 0,8$, $PQ = 73,6$

$$KR20 = \frac{7}{7-1} \left(1 - \frac{0,8}{73,6} \right) = \frac{7}{6} (1 - 0,01082848) = 1.1(0,989) = 0.99$$

Para el análisis correspondiente se tomó una muestra piloto de 30 adultos mayores. El coeficiente obtenido, *denota una elevada consistencia interna* entre los ítems que conforman el cuestionario, ya que el resultado del cálculo correspondiente fue de 0.99 lo que evidencia que las preguntas del cuestionario contribuyen de manera significativa a la definición de los conceptos que se desean investigar.

VALIDEZ ESTADISTICA DE PROBLEMAS PSICOSOCIALES

Para la aplicación de los coeficientes de validez de contenido se aplicó el coeficiente de Biserial puntual que nos permitió encontrar las correlaciones ítem –total.

Coeficiente de Biserial puntual:

	Corrected Item-Total Correlation
p1	0,65
p2	0,32
p3	0,21
P5	0,8
P8	0,54
p10	0,49
P13	0,46

$R > 0.20$ item aceptables.

Se observa que la correlación de los items propuestos tiene una interacción consistente, dado que los coeficientes son mayores de 0.20.

ANEXO F

VALIDEZ Y CONFIABILIDAD ESTADISTICA DEL INSTRUMENTO ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO

CONFIABILIDAD DEL INSTRUMENTO

Para determinar la confiabilidad del instrumento se procedió a realizar la prueba a 30 adultos mayores y se midió con el coeficiente de confiabilidad de Alpha de Cronbach, cuya fórmula es:

$$\alpha = \frac{K}{K-1} \left(1 - \frac{\sum S_i^2}{S_T^2} \right)$$

Donde:

K: Número de ítems.

S_i^2 : Varianza muestral de cada ítems.

S_T^2 : Varianza del total de puntaje de los ítems.

TABLA MATRIZ DE DATOS - ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO

	x1	x2	x3	x4	x5	x6	x7	x8	x9	x10	x11	x12	x13	x14	x15	x16	x17	x18	x19	x20	x21	x22	x23	x24	Suma
1	3	3	3	3	3	3	1	1	2	1	1	2	3	3	3	1	1	1	3	2	3	3	3	1	53
2	2	3	3	3	3	3	1	2	3	1	1	1	3	3	2	1	1	1	3	3	3	3	1	3	53
3	3	3	3	3	3	3	1	1	3	1	1	1	3	3	2	1	1	1	3	3	3	1	1	1	49
4	3	3	3	3	3	3	2	2	1	2	1	2	3	3	3	1	1	1	3	3	3	1	1	1	52
5	1	3	3	3	3	3	1	1	1	1	1	2	3	2	3	1	1	1	3	3	3	1	2	1	47
6	3	3	3	3	3	3	1	2	3	1	1	1	3	3	3	1	1	2	3	3	3	3	3	3	58
7	3	3	3	3	3	3	1	1	3	3	1	2	3	3	3	1	1	1	3	3	3	3	3	2	58
8	3	3	3	3	3	3	1	3	3	1	1	2	3	3	3	1	1	1	3	3	3	2	3	3	58
9	3	3	3	3	3	3	1	1	3	1	1	2	3	3	3	1	1	1	1	1	3	1	1	2	48
10	3	3	3	3	3	3	1	2	3	1	1	2	2	3	3	1	1	1	2	2	3	2	1	1	50
11	2	3	3	3	3	3	1	1	2	2	1	2	3	3	3	1	1	1	3	3	3	3	3	3	56
12	3	3	3	3	3	3	1	1	2	1	1	1	3	3	3	2	1	1	3	3	3	3	2	2	54
13	3	2	3	3	3	3	1	3	3	3	1	3	3	3	3	1	3	1	3	3	3	1	2	2	59
14	2	3	3	3	3	3	1	2	3	3	1	2	3	3	3	1	3	1	3	3	3	1	2	2	57
15	3	1	2	2	3	3	1	2	1	1	1	1	2	2	2	1	1	2	2	3	2	1	1	1	41
16	2	3	3	2	3	3	2	2	3	1	1	1	3	3	3	1	1	1	3	3	2	1	1	2	50
17	3	3	3	3	3	3	1	2	2	1	1	2	3	3	2	1	1	1	2	2	2	1	3	1	49
18	3	3	3	3	3	3	1	2	3	2	1	2	3	3	3	1	1	1	3	3	3	3	1	2	56
19	3	3	3	2	2	2	1	3	3	2	1	3	3	3	3	1	1	2	3	3	3	3	3	1	57
20	3	3	3	3	3	3	1	2	2	1	1	2	2	3	3	1	1	1	3	3	3	2	2	2	53
21	3	3	3	3	3	3	1	2	3	1	1	1	1	3	2	1	1	1	2	2	2	3	3	2	50
22	3	3	3	3	3	3	1	1	1	2	1	2	3	3	3	1	1	2	2	2	3	3	1	1	51
23	3	3	3	3	3	3	2	2	3	2	1	2	3	3	3	1	1	1	3	3	3	3	3	3	60

24	1	1	1	3	3	3	3	3	3	1	1	1	3	3	2	1	1	1	3	3	3	1	1	1	47
25	3	3	3	3	3	3	1	2	3	1	1	1	3	3	3	1	1	1	3	3	3	2	3	3	56
26	2	2	2	2	1	1	3	3	1	1	1	1	3	3	1	1	1	1	1	1	1	1	1	2	37
27	2	2	2	3	3	3	1	2	3	1	1	1	3	2	3	1	2	1	2	2	2	3	3	1	49
28	3	3	3	3	3	3	1	3	3	1	1	3	3	3	3	1	1	1	3	3	3	1	1	3	56
29	3	3	3	3	3	3	1	1	2	2	1	2	2	3	3	1	1	1	3	3	3	1	1	1	50
30	3	3	3	3	3	3	1	1	2	2	1	3	3	3	3	1	1	1	3	3	3	3	3	3	58
suma	80	83	85	86	87	87	37	56	73	44	30	53	84	87	82	31	35	34	80	80	83	60	59	56	
Si	0,4	0	0	0	0	0	0	1	1	0,5	0	0,5	0,2	0,1	0,3	0	0,3	0,1	0,4	0,4	0,3	0,9	0,9	0,7	8,2
ST	442																								

Remplazando valores donde $K=24$ y $\sum (Si)^2 = 8,2$, $St^2 = 442$

$$\alpha = \frac{24}{24-1} \left(1 - \frac{8,2}{442} \right) = \frac{24}{25} (1 - 0,02) = 1,04 (0,98) = 0,99$$

Para el análisis correspondiente se tomó una muestra piloto de 30 adultos mayores. El coeficiente obtenido, denota una elevada consistencia interna entre los ítems que conforman el cuestionario, ya que el resultado del cálculo correspondiente fue de 0.99 lo que evidencia que las preguntas del cuestionario contribuyen de manera significativa a la definición de los conceptos que se desean investigar.

VALIDEZ ESTADISTICA

Para la aplicación de los coeficientes de validez de contenido se aplicó el coeficiente de correlación de Parson que nos permitió encontrar las correlaciones ítem –total.

Coeficiente de correlación de Parson.

	Corrected Item-Total Correlation
p1	0,76
p2	0,22
p3	0,42
p4	0,42
p5	0,25
p6	0,49
p7	0,46
p8	0,43
p9	0,26
p10	0,32
p11	0,76
p12	0,51
p13	0,54
p14	0,35
p15	0,76
p16	0,32
p17	0,87
p18	0,7
p19	0,16
p20	0,76
p21	0,67
p22	0,67
p23	0,63
p24	0,61

$R > 0.20$ ítem aceptable.

Se observa que la correlación de los ítems propuestos tiene una interacción consistente, dado que los coeficientes son mayores de 0.20

ANEXO G

Características Sociodemográficas de los Adultos Mayores en el CAM Rímac. Lima-Perú. 2010.

SEXO	n	%
Masculino	24	34.3
Femenino	46	65.7
Total	70	100
EDAD	n	%
60-75	38	54.3
76 a más	32	45.7
Total	70	100
LUGAR DE PROCEDENCIA	n	%
Lima	40	57.1
Provincia	30	42.9
Total	70	100
GRADO DE INSTRUCCIÓN	n	%
Primaria	30	42.9
Secundaria	25	35.7
Superior	15	21.4
Total	70	100
ESTADO CIVIL	n	%
Casado	27	38.6
Soltero	6	8.6
Viudo	28	40.0
Divorciado	7	10.0
Conviviente	2	2.9
Total	70	100

Fuente: Instrumento aplicado a adultos mayores del CAM Rímac – 2010.

ANEXO H

Principales causas de los Problemas Psicosociales según opinión de los Adultos Mayores del CAM Rímac.

Lima-Perú.

2010.

Problemas Psicosociales	Causas	n	%
Jubilación	El salario se ha reducido.	29	41.4
	Causa nostalgia.	21	30
	Retiro de toda actividad laboral.	8	11.4
Soledad	Vive solo	3	4.3
	Nadie lo visita.		
	Muy pocas veces su familia se preocupa por el.		
	Vive acompañado	3	4.3
	Tiene poco apoyo familiar.		
	Se siente solo		
Imagen Corporal	Envidia de ver a otra persona más joven.	2	2.9
	Quisiera ser joven como antes.	1	1.4
	No soy atractivo.	1	1.4

Fuente: Instrumento aplicado a adultos mayores del CAM Rímac – 2010.

ANEXO I

Problemas Psicosociales en el Adulto Mayor en el CAM Rímac

Lima-Perú.

2010.

Problemas Psicosociales		N	%
Imagen corporal	Presencia	4	5,7
	Ausencia	66	94,3
Jubilación	Presencia	39	55,7
	Ausencia	31	44,3
Soledad	Presencia	28	40
	Ausencia	42	60

Fuente: Instrumento aplicado a adultos mayores del CAM Rímac – 2010.

ANEXO J

Problemas psicosociales en el Adulto Mayor según sexo en el CAM Rímac.

Lima-Perú.

2010.

		Sexo			
		Masculino N=24		Femenino N=46	
Problemas psicosociales		n	%	n	%
Imagen corporal	Presencia	2	8,3	2	4,3
	Ausencia	22	91,7	44	95,7
Jubilación	Presencia	12	50,0	27	58,7
	Ausencia	12	50,0	19	41,3
Soledad	Presencia	13	54,2	15	32,6
	Ausencia	11	45,8	31	67,4

Fuente: Instrumento aplicado a adultos mayores del CAM Rímac – 2010.

ANEXO K

Problemas psicosociales en el Adulto Mayor según edad en el CAM Rímac. Lima-Perú. 2010.

		Edad			
		60 a 75 N=38		75 a más N=32	
Problemas Psicosociales		n	%	n	%
Imagen corporal	Presencia	2	5,3	2	6,3
	Ausencia	36	94,7	30	93,8
Jubilación	Presencia	23	60,5	16	50,0
	Ausencia	15	39,5	16	50,0
Soledad	Presencia	10	26,3	18	56,3
	Ausencia	28	73,7	14	43,8

Fuente: Instrumento aplicado a adultos mayores del CAM Rímac – 2010.

ANEXO L

Estrategias de afrontamiento que utiliza el Adulto Mayor en el CAM Rímac Lima-Perú. 2010.

	Frecuencia	Porcentaje
Nunca	19	27,1
A veces	35	50
Siempre	16	22,9
Total	70	100

Fuente: Instrumento aplicado a adultos mayores del CAM Rímac – 2010.

ANEXO M

Estrategias de afrontamiento que utiliza el adulto mayor según la dimensión Modo de afrontamiento centrado en la solución del problema según sexo en el CAM Rímac. Lima-Perú. 2010.

		Sexo			
		Masculino N=24		Femenino N=46	
Modo de afrontamiento centrado en la solución del problema.		n	%	n	%
Confrontación	Nunca	6	25	13	28,3
	A veces	18	75	33	71,7
Planificación	Nunca	3	12,5	15	32,6
	A veces	21	87,5	31	67,4

Fuente: Instrumento aplicado a adultos mayores del CAM Rímac – 2010

ANEXO N

**Estrategias de afrontamiento que utiliza el adulto mayor según la
dimensión Modo de afrontamiento centrado en la solución del problema
según edad en el CAM Rímac.**

Lima-Perú.

2010.

		Edad			
		60 a 75 N=38		75 a más N=32	
Modo de afrontamiento centrado en la solución del problema		n	%	n	%
Confrontación	Nunca	8	21,1	11	34,4
	A veces	30	78,9	21	65,6
Planificación	Nunca	13	34,2	5	15,6
	A veces	25	65,8	27	84,4

Fuente: Instrumento aplicado a adultos mayores del CAM Rímac – 2010

ANEXO O

Estrategias de afrontamiento que utiliza el adulto mayor según la dimensión Modo de afrontamiento centrado en la regulación emocional según sexo en el CAM Rímac.

Lima-Perú.

2010.

		Sexo			
		Masculino N=24		Femenino N=46	
Modo de afrontamiento centrado en la regulación emocional		n	%	n	%
Distanciamiento	Nunca	16	66,7	11	23,9
	A veces	8	33,3	29	63,0
	Siempre	0	0,0	6	13,0
Autocontrol	Nunca	5	20,8	16	34,8
	A veces	14	58,3	21	45,7
	Siempre	5	20,8	9	19,6
Aceptación de responsabilidad	Nunca	10	41,7	19	41,3
	A veces	14	58,3	27	58,7
Escape -evitación	Nunca	22	91,7	34	73,9
	A veces	1	4,2	8	17,4
	Siempre	1	4,2	4	8,7
Reevaluación positiva	Nunca	6	25,0	16	34,8
	A veces	18	75,0	30	65,2

Fuente: Instrumento aplicado a adultos mayores del CAM Rímac – 2010

ANEXO P

Estrategias de afrontamiento que utiliza el adulto mayor según la dimensión Modo de afrontamiento centrado en la regulación emocional según edad en el CAM Rímac.

Lima-Perú.

2010.

Modo de afrontamiento centrado en la regulación emocional		Edad			
		60 a 75 N=38		75 a más N=32	
		n	%	n	%
Distanciamiento	Nunca	12	31,6	15	46,9
	A veces	22	57,9	15	46,9
	Siempre	4	10,5	2	6,3
Autocontrol	Nunca	12	31,6	9	28,1
	A veces	20	52,6	15	46,9
	Siempre	6	15,8	8	25,0
Aceptación de responsabilidad	Nunca	14	36,8	15	46,9
	A veces	24	63,2	17	53,1
Escape -evitación	Nunca	32	84,2	24	75,0
	A veces	6	15,8	3	9,4
	Siempre	0	0,0	5	15,6
Reevaluación positiva	Nunca	11	28,9	11	34,4
	A veces	27	71,1	21	65,6

Fuente: Instrumento aplicado a adultos mayores del CAM Rímac – 2010

ANEXO Q

Estrategias de afrontamiento que utiliza el adulto mayor según la dimensión Modo de afrontamiento centrado en la solución del problema y regulación emocional según sexo en el CAM Rímac.

Lima-Perú.

2010.

Modo de afrontamiento centrado en la solución del problema y regulación emocional		Sexo			
		Masculino N=24		Femenino N=46	
		n	%	n	%
Búsqueda de apoyo social	Nunca	7	29,2	14	30,4
	A veces	14	58,3	19	41,3
	Siempre	3	12,5	13	28,3

Fuente: Instrumento aplicado a adultos mayores del CAM Rímac – 2010

ANEXO R

Estrategias de afrontamiento que utiliza el adulto mayor según la dimensión Modo de afrontamiento centrado en la solución del problema y regulación emocional según edad en el CAM Rímac.

Lima-Perú.

2010.

Modo de afrontamiento centrado en la solución del problema y regulación emocional		Edad			
		60 a 75 N=38		75 a más N=32	
		n	%	n	%
Búsqueda de apoyo social	Nunca	12	31,6	9	28,1
	A veces	18	47,4	15	46,9
	Siempre	8	21,1	8	25,0

Fuente: Instrumento aplicado a adultos mayores del CAM Rímac – 2010

